



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Literacia em Saúde na doença crónica: adesão à terapêutica e  
utilização de serviços de saúde**

**Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

**Alexandra Sofia Carpinteiro Fernandes**

**Março de 2020**





**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **Literacia em Saúde na doença crónica: adesão à terapêutica e utilização de serviços de saúde**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de  
Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora  
Doutora Ana Escoval e da Doutora Ana Rita Pedro

**Março de 2020**



## **Agradecimentos**

A concretização deste estudo é o culminar de um caminho exigente, de muito trabalho, mas, ao mesmo tempo, muito motivador, desafiante e enriquecedor. Neste caminho não estive sozinha e, por isso, quero agradecer a todas as pessoas que o percorreram comigo.

À Professora Doutora Ana Escoval, pela orientação e pela forma tão sensata, sábia e inspiradora como vê e vive a gestão em saúde.

À Doutora Ana Rita Pedro, pela orientação científica, pela disponibilidade, pelo acompanhamento e, pela forma como me despertou para a temática da literacia em saúde. A sua motivação e exigência foram fulcrais!

Ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor, paciência, motivação e coragem que me transmitiram, todos os dias.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelo apoio sempre presente e por nunca duvidarem de mim. Aprendo tanto convosco!

À D. São e ao Sr. Manuel, pelo vosso apoio, disponibilidade e pelas palavras de ânimo.

À Noélia, por ser a melhor “prima irmã” que se pode ter, pela preocupação, pela presença e por acreditar sempre em mim.

À Açucena, por me puxar para cima quando me ia abaixo e por não me deixar desistir.

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências e, mesmo assim, me apoiarem.

Aos meus colegas de trabalho, por me incentivarem e por me proporcionarem alguns momentos de leveza.

A todos o meu muito obrigada!



## Índice

Índice de Tabelas .....	ii
Índice de Gráficos .....	iv
Índice de Figuras .....	iv
Lista de Acrónimos e Siglas .....	vi
Resumo .....	viii
<i>Abstract</i> .....	x
INTRODUÇÃO .....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1. Doença Crónica – contexto atual .....	3
2. Literacia em Saúde .....	6
2.1. Definição e evolução do conceito .....	6
2.2. Importância da Literacia em Saúde .....	9
2.3. Determinantes da Literacia em Saúde .....	13
2.4. Modelo concetual de Literacia em Saúde .....	14
2.5. Instrumento de avaliação da literacia em saúde – <i>HLS-EU-PT</i> .....	16
2.6. Literacia em Saúde – contexto atual .....	18
3. Literacia em Saúde na Doença Crónica .....	20
METODOLOGIA .....	23
1. Perguntas de investigação .....	23
2. Objetivos .....	23
2.1.1. Objetivos gerais .....	23
2.1.2. Objetivos específicos .....	23
3. Tipo de estudo .....	24
4. <i>Setting</i> .....	24
5. População e Amostra .....	25
6. Recolha de dados .....	25
7. Questões éticas .....	26
8. Operacionalização das variáveis .....	27

<b>9.Variáveis construídas .....</b>	<b>30</b>
9.1. <i>Score</i> de Literacia em Saúde.....	30
9.2.    Adesão à terapêutica medicamentosa.....	30
9.3.    Morbilidade Múltipla.....	31
<b>10.Análise dos dados .....</b>	<b>32</b>
10.1.   Análise estatística univariada.....	32
10.2.   Análise estatística bivariada.....	35
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>1.Análise estatística descritiva .....</b>	<b>37</b>
1.1.    Caracterização da amostra.....	37
1.2.    Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde da amostra .....	43
1.3.    Avaliação e caracterização do nível de adesão à terapêutica da amostra .....	51
1.3.1.  Avaliação e caracterização da utilização dos serviços de saúde pela amostra	53
<b>2.Análise estatística bivariada.....</b>	<b>58</b>
2.1.    Teste à normalidade da variável em estudo – <i>Score</i> de Literacia em Saúde....	58
2.2.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Sexo .....	58
2.3.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Idade .....	59
2.4.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Nível de escolaridade .....	59
2.5.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Profissional de Saúde.....	61
2.6.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Duração da doença crónica em	62
2.7.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e 4 doenças crónicas mais	63
2.8.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Gestão da doença crónica .....	63
2.9.    Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Morbilidade Múltipla.....	64
2.10.   Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e Adesão à terapêutica .....	65
2.11.   Relação entre <i>Score</i> de Literacia em Saúde e utilização dos cuidados de saúde	65
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>LXXXVII</b>



<b>Anexo I – Formulário Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica .....</b>	<b>LXXXIX</b>
<b>Anexo II - Autorização dos autores originais da escala <i>Health Literacy Survey</i> – EU .....</b>	<b>CV</b>
<b>Anexo III – Autorização para a realização do estudo pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz .....</b>	<b>CIX</b>
<b>Anexo IV – Resultados dos testes não paramétricos .....</b>	<b>CXV</b>



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis .....	27
Tabela 2 – Plano de análise univariada de dados .....	32
Tabela 3 – Plano de análise estatística bivariada .....	35
Tabela 4 - Caracterização da amostra demograficamente, por nível de escolaridade, profissão na área da saúde e por área geográfica de aplicação do questionário .....	37
Tabela 5 - Análise descritiva da variável idade .....	38
Tabela 6 - Distribuição da amostra pelas doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes .....	40
Tabela 7 - Análise descritiva da variável número de doenças crónicas em simultâneo por pessoa .....	40
Tabela 8 - Distribuição do número de doenças crónicas em simultâneo por pessoa em classes .....	40
Tabela 9 - Distribuição da amostra em relação à duração da doença crónica de recrutamento por classes .....	41
Tabela 10 - Análise descritiva da variável duração da doença crónica de recrutamento em anos .....	41
Tabela 11 - Distribuição da amostra em relação à gestão da doença crónica por sexo .....	42
Tabela 12 - Análise descritiva da variável Score de literacia em saúde na amostra ....	44
Tabela 13 - Nível de literacia em saúde geral da amostra .....	44
Tabela 14 - Distribuição das respostas ao questionário HLS-EU-PT-Q16 .....	45
Tabela 15 - Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde ....	47
Tabela 16 - Distribuição da amostra por morbilidade múltipla e nível de literacia em saúde .....	48
Tabela 17 - Distribuição da amostra pelas 4 doenças crónicas mais prevalentes e nível de literacia em saúde .....	49
Tabela 18 - Distribuição da amostra por utilização de serviços de saúde e nível de literacia em saúde .....	49
Tabela 19 - Adesão à terapêutica na amostra .....	51
Tabela 20 - Distribuição da amostra por nível de adesão, sexo e faixa etária .....	52
Tabela 21 - Distribuição da amostra por nível de adesão e morbilidade múltipla .....	52
Tabela 22 - Distribuição da amostra por nível de adesão e doenças crónicas mais prevalentes .....	53
Tabela 23 - Utilização dos serviços de saúde, nos últimos 12 meses, pela amostra ...	53

Tabela 24 - Distribuição da amostra por utilização dos serviços de saúde e morbidade múltipla .....	55
Tabela 25 - Distribuição da amostra por utilização dos serviços de saúde e doenças crónicas mais prevalentes.....	56
Tabela 26 - Estudo da normalidade da variável em estudo – <i>Score</i> de Literacia em Saúde .....	58
Tabela 27 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e sexo – Teste T para amostras independentes.....	58
Tabela 28 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e idade – Coeficiente de Correlação de Spearman .....	59
Tabela 29 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e nível de escolaridade – Teste ANOVA .....	59
Tabela 30 - Teste Post Hoc ANOVA para não igualdade das médias – Teste Tamhane .....	60
Tabela 31 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e exercício de profissão na área da saúde – Teste T para amostras independentes .....	61
Tabela 32 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e duração da doença crónica em anos – Coeficiente de Correlação de Spearman .....	62
Tabela 33 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e 4 doenças crónicas mais prevalentes na amostra – Teste ANOVA.....	63
Tabela 34 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e gestão da doença crónica – Teste T para amostras independentes .....	63
Tabela 35 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e número de doenças crónicas em simultâneo – Coeficiente de Correlação de Spearman .....	64
Tabela 36 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e morbidade múltipla – Teste T para amostras independentes .....	64
Tabela 37 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e adesão à terapêutica – Teste T para amostras independentes .....	65
Tabela 38 - Estudo da relação entre as variáveis <i>Score</i> de literacia em saúde e utilização dos cuidados de saúde – Coeficiente de Correlação de Spearman.....	65

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da frequência de doenças crónicas de recrutamento da amostra por grupos de doença .....	39
Gráfico 2 - Caracterização da amostra em relação à gestão da doença crónica .....	42
Gráfico 3 - Distribuição do Score de literacia em saúde na amostra .....	43
Gráfico 4 - Nível de literacia em saúde por subdimensões na amostra .....	46
Gráfico 5 - Renovação da medicação pela amostra.....	54

## Índice de Figuras

Figura 1 - Ocorrência de doença crónica em Portugal .....	5
Figura 2 - Modelo concetual integrado de literacia em saúde .....	15
Figura 3 - Matriz que relaciona as quatro dimensões da literacia em saúde com os três domínios da saúde.....	16



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

DALY – Disability-adjusted life year

YLL – Years of life lost

YLD – Years lost due to disability

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

PNS – Plano Nacional de Saúde

HLS-EU – European health literacy survey

HLS-EU-Q – European health literacy survey questionnaire

EUA – Estados Unidos da América

UE – União Europeia

ENSP-UNL – Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

DGS – Direção Geral de Saúde





## Resumo

**Introdução:** As doenças crónicas não transmissíveis são as doenças com maior prevalência e mais elevadas taxas de mortalidade. Por serem doenças que se caracterizam pela sua longevidade, a carga de doença a elas associada é muito elevada, o que torna a sua gestão um enorme desafio e uma prioridade para as políticas de saúde mundiais. Embora resultem da combinação de diversos fatores, os comportamentais, por serem considerados fatores de risco modificáveis, são o foco principal das estratégias delineadas para a prevenção e controlo destas doenças. A literacia em saúde pode ter neste âmbito um papel fundamental, dado que para além de se associar a melhores resultados em saúde, capacita o indivíduo para gerir melhor a sua condição de saúde e de forma informada.

**Objetivos:** Pretendeu-se com o presente estudo avaliar o nível de literacia em saúde da população com doença crónica e, descrever a relação entre literacia em saúde e as características da população com doença crónica, a adesão à terapêutica e a utilização dos serviços de saúde.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo observacional descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, através da aplicação de questionário. O estudo decorreu em 42 farmácias comunitárias nacionais, totalizando a amostra 412 indivíduos.

**Resultados:** O nível de literacia em saúde da população com doença crónica é baixo. Observou-se que pessoas com um nível de literacia em saúde mais baixo têm níveis de escolaridade mais baixos ( $p=0,000$ ), não gerem autonomamente os aspetos relacionados com a sua saúde ( $p=0,007$ ), têm maior morbilidade múltipla ( $r=-0,132$ ,  $p=0,007$ ), são menos aderentes à terapêutica para a sua doença crónica ( $p=0,003$ ) e utilizam mais frequentemente os serviços de saúde de urgência hospitalar ( $r=-0,193$ ,  $p=0,000$ ), consulta de medicina geral e familiar ( $r=-0,134$ ,  $p=0,007$ ) e urgência do centro de saúde ( $r=-0,103$ ,  $p=0,04$ ). Observou-se, também, que a população com doença crónica é maioritariamente idosa, com uma média de idades de 64,55 anos, que cada pessoa tem em média 4 doenças crónicas em simultâneo e, que as doenças crónicas mais prevalentes são a hipertensão arterial, a dislipidemia, a diabetes e a depressão/ansiedade.

**Conclusão:** Embora a promoção da literacia em saúde seja encarada como uma prioridade da política de saúde nacional, a mesma deve ser ainda mais reforçada e orientada para as necessidades da população com doença crónica, com vista à efetiva

capacitação desta população para a gestão da sua doença e, como consequência, a obtenção de melhores resultados em saúde individuais e sistêmicos.

**Palavras-Chave:** Literacia em Saúde, Doenças Crônicas; Adesão à Terapêutica; Utilização dos Serviços de Saúde

## **Abstract**

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases are the diseases with the highest prevalence and the highest mortality rates. Because they are diseases that are characterized by their longevity, the disease burden associated with them is very high, which makes their management a huge challenge and a priority for global health policies. Although they result from the combination of several factors, the behavioral ones, being considered modifiable risk factors, are the main focus of the strategies designed for the prevention and control of these diseases. Health literacy can play a fundamental role in this context, given that in addition to being associated with better health outcomes, it enables individuals to manage their health condition better and in an informed manner.

**Aims:** The aim of this study was to assess the health literacy level of the population with chronic disease and to describe the relationship between health literacy and the population with chronic disease's characteristics, medication adherence and the health services utilization.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional observational study was developed, with a quantitative approach, through the application of a questionnaire. The study took place in 42 national community pharmacies and the total sample was 412 individuals.

**Results:** The health literacy level of the population with chronic disease is low. It was observed that people with a lower health literacy level have lower levels of education ( $p=0.000$ ), do not independently manage aspects related to their health ( $p=0.007$ ), have more multiple morbidity ( $r=-0.132$ ,  $p=0.007$ ), are less adherent to medication for their chronic disease ( $p=0.003$ ) and use more frequently the hospital emergency service ( $r=-0.193$ ,  $p=0.000$ ), the general practice services ( $r=-0.134$ ,  $p=0.007$ ) and the out of hours service of the general practice center ( $r=-0.103$ ,  $p=0.04$ ). It was also observed that the population with chronic disease is mostly elderly, with an average age of 64.55 years, that each person has an average of 4 chronic diseases simultaneously, and that the most prevalent chronic diseases are high blood pressure, dyslipidemia, diabetes and depression/anxiety.

**Conclusion:** Although the promotion of health literacy is seen as a priority of national health policy, it must be further strengthened and oriented to the needs of the population with chronic disease, with a view to the effective empowerment of this population to manage their disease and as a consequence, obtaining better health outcomes on an individual and systemic level.

**Key words:** Health Literacy; Chronic Diseases; Medication Adherence; Health Services Utilization

## INTRODUÇÃO

Mundialmente, as doenças crónicas não transmissíveis são as doenças com maior prevalência e com taxas de mortalidade mais elevadas<sup>1,2</sup>. Por serem doenças que se caracterizam pela sua longevidade, a carga de doença a elas associada é, também, muito elevada<sup>3,4</sup>, o que torna a sua gestão num enorme desafio, quer de saúde pública, quer da gestão de saúde e, uma prioridade transversal às várias políticas de saúde mundiais.

Embora resultem da combinação de diversos fatores, os comportamentais, relacionados com o estilo de vida e os comportamentos relacionados com a saúde, por serem considerados fatores de risco modificáveis, e que são o foco principal das várias estratégias delineadas para a prevenção e controlo destas doenças. Assim, as políticas de saúde direcionam-se para a promoção da escolha de estilos de vida saudáveis, da evicção de fatores de risco associados às doenças crónicas e da gestão de aspetos relacionados com a saúde e doença, como estratégias importantes para a redução e melhor controlo destas doenças<sup>5,6</sup>.

Enfatiza-se a promoção da literacia em saúde, como a capacidade de adquirir conhecimento e agir de forma informada relativamente a aspetos relacionados com a saúde, quer através da capacitação do indivíduo para a tomada de decisão e para a gestão da sua condição de saúde, quer através da criação de contextos favorecedores dessa capacitação<sup>7,8</sup>.

Salienta-se que a promoção da literacia em saúde tem vindo a ganhar destaque nas várias políticas de saúde mundiais, uma vez que, apresentando-se como um conceito profundamente relacionado com a capacidade do indivíduo obter, compreender e utilizar a informação de saúde, está associada a resultados em saúde, como a melhoria do estado de saúde e o envolvimento do indivíduo na gestão da sua saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde, para o indivíduo e para o sistema de saúde<sup>9,10</sup>.

Também em Portugal, as doenças crónicas têm uma elevada prevalência e mortalidade, sendo que, as políticas de saúde nacionais assentam na prevenção e controlo das mesmas, através de estratégias que priorizam a promoção da literacia em saúde como ferramenta fundamental para a capacitação do indivíduo na gestão da sua saúde.

Assim, o presente trabalho reflete o estudo de investigação realizado que pretende conhecer o nível de literacia em saúde na população com doença crónica e, descrever

a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão a terapêutica e descrever a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização de cuidados de saúde por parte desta população.

No que concerne à estrutura deste trabalho, este encontra-se organizado em cinco capítulos: Enquadramento Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão. O capítulo do Enquadramento Teórico encontra-se dividido em vários pontos e pretende fundamentar e enquadrar o tema da tese, com recurso às fontes bibliográficas mais adequadas.

O capítulo da Metodologia pretende abordar o planeamento metodológico do presente trabalho, incluindo a enunciação das perguntas de investigação, a descrição dos objetivos e do tipo de estudo, a definição da população em estudo e amostra, a descrição da recolha de dados, as questões éticas relacionadas e a operacionalização das variáveis.

O capítulo dos Resultados apresenta os resultados obtidos após análise da base de dados em SPSS® 24, estando organizado em dois pontos distintos, análise estatística descritiva e análise estatística bivariada e, em cada ponto, de acordo com os objetivos específicos definidos para o presente trabalho de investigação.

No capítulo da Discussão são discutidos os principais resultados do estudo, tendo em conta os objetivos e perguntas de investigação do mesmo, relacionando-os com a literatura e com os resultados de outros estudos mencionados no enquadramento teórico. São também apresentadas as principais limitações do estudo e considerações para futuras investigações na área da literacia em saúde.

Por fim, no capítulo da Conclusão são apresentadas as principais conclusões do estudo.

A pertinência desta temática e deste estudo para a área da gestão em saúde prende-se com o facto de níveis adequados de literacia em saúde estarem associados a melhores resultados em saúde, quer individuais como sistémicos, podendo ser um indicador utilizado a um nível macro do planeamento em saúde.

# ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. Doença Crónica – contexto atual

A incidência e a prevalência de doenças crónicas tem vindo a aumentar nas últimas décadas a nível mundial, sobretudo nos países ocidentais e nos países de médio e baixo rendimento<sup>1,2</sup>.

Perspetiva-se que esta tendência se mantenha futuramente, uma vez que se assiste, a nível mundial, a uma transição demográfica resultante do aumento da esperança de vida e do envelhecimento da população e a uma transição epidemiológica resultante da modificação dos padrões de morbilidade e mortalidade das doenças, observando-se uma crescente incidência e prevalência de doenças crónicas não transmissíveis em comparação com as doenças transmissíveis ou infecciosas<sup>2,11,12</sup>.

As doenças crónicas caracterizam-se pela sua longa duração e pela sua natureza multifatorial resultante da combinação de fatores genéticos, ambientais, físicos e comportamentais<sup>3</sup>. Embora sejam doenças mais incidentes em pessoas de faixas etárias superiores, o facto de muitos dos fatores de risco a elas associados se relacionarem com estilos de vida, os designados fatores de risco modificáveis, como o consumo de álcool, o tabaco, o sedentarismo, hábitos alimentares pouco saudáveis e ingestão de dietas hipercalóricas, torna-as uma possível realidade em qualquer faixa etária.

Mundialmente, 71% das mortes que ocorrem num ano devem-se a doenças crónicas, sendo que, as doenças cardiovasculares, as doenças oncológicas, as doenças respiratórias e a diabetes são os quatro grupos de doenças crónicas com maior taxa de mortalidade, representando cerca de 80% das mortes prematuras, que ocorrem entre os 30 e os 69 anos de idade<sup>3</sup>.

Para além das taxas de mortalidade, também a carga de doença associada às doenças crónicas é muito elevada<sup>5</sup>. A carga de doença é traduzida em *DALY's* (*Disability-adjusted life years*), um indicador composto que resulta do somatório dos anos de vida perdidos (*YLL – Years of life lost*) por morte prematura e dos anos vividos com incapacidade (*YLD – Years lost due to disability*), sendo que um *DALY* representa um ano perdido de vida saudável<sup>4</sup>. De acordo com o documento “*Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*”, as doenças crónicas são as que detêm um maior número de *DALY's* nos países com índices sociodemográficos médios e altos<sup>13</sup>.

Desta forma, estamos perante um dos maiores desafios de saúde pública e de gestão de saúde, transversal a todos os países e sociedades, pelo que é fundamental o desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde que assentem na prevenção e controlo destas doenças.

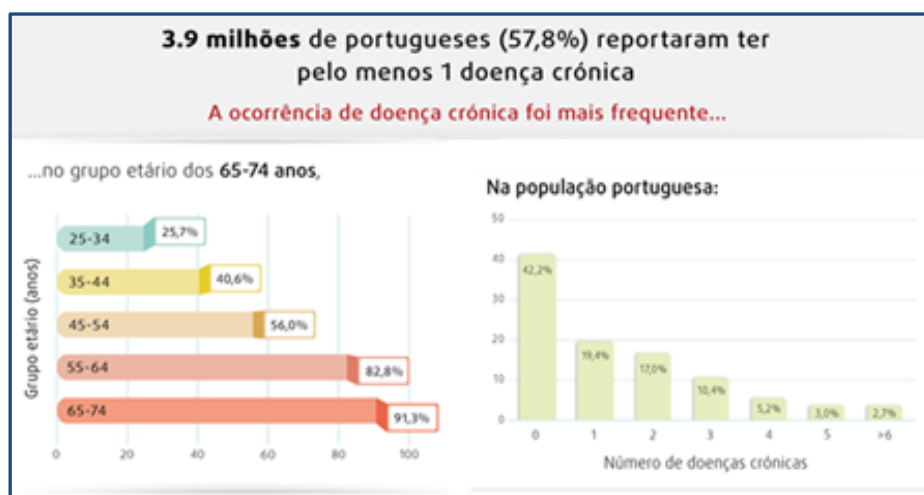
Assim, a redução da incidência de doenças crónicas apresenta-se como uma prioridade das várias políticas de saúde mundiais, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS), numa publicação oficial, realçado a importância da colaboração de todos os estados membros para o alcance de um dos objetivos definidos, a redução em 25% da mortalidade prematura causada por doenças crónicas até 2025<sup>5</sup>. Também a Organização das Nações Unidas (ONU) determinou, em 2015, no documento “*The 2030 Agenda for Sustainable Development*”, a necessidade do cumprimento de 17 objetivos para um desenvolvimento sustentável global, sendo que o foco do objetivo 3.4 é a redução de 1/3 da mortalidade prematura relacionada com doenças crónicas até 2030<sup>6</sup>.

À semelhança do que se verifica a nível mundial, em Portugal também se assiste a um aumento da incidência e da prevalência das doenças crónicas. O perfil demográfico nacional aponta para uma população envelhecida, sendo o índice de envelhecimento de 143,9% em 2015<sup>14</sup>. Em 2017, a esperança de vida aos 65 anos para os homens era de 17,6 anos e para as mulheres era de 20,9 anos<sup>15</sup>, o que demonstra um aumento da longevidade para ambos os sexos. Em relação ao perfil epidemiológico da população, denota-se um aumento das doenças crónicas e da morbilidade múltipla, que se define pela existência em simultâneo de duas ou mais doenças crónicas<sup>16,17</sup>. Os anos de vida saudável aos 65 anos para os homens são de 7,9 anos e de 6,7 anos para as mulheres, valores mais baixos que os da União Europeia (UE), 9,6 e 9,4 anos, respetivamente<sup>18</sup>. Em 2015, a carga de doença na população portuguesa devia-se em 86% às doenças crónicas<sup>19</sup>.

De acordo com a informação recolhida pelo Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2015, cerca de 57,8% da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos de idade refere ter, pelo menos, uma doença crónica e 38,3%, pelo menos, duas doenças crónicas. A presença de doenças crónicas foi mais frequente na população com um nível de escolaridade mais baixo, na faixa etária entre os 65 e os 74 anos e nas mulheres<sup>20</sup>, como se pode observar pela figura 1.



Figura 1 - Ocorrência de doença crónica em Portugal



(Figura adaptada de Infográfico da Doença Crónica em Portugal do Instituto Nacional de Saúde<sup>20</sup>)

Em 2014, as quatro principais causas de morte em Portugal foram as doenças do aparelho cardiovascular, as doenças oncológicas, as doenças do aparelho respiratório e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo estes os quatro grupos de doenças crónicas com maior taxa de mortalidade também a nível global, como já referido<sup>3,19</sup>. Em 2017, cerca de 86% do total de mortes em Portugal foram atribuídas às doenças crónicas, destacando como fatores de risco maior o consumo excessivo de álcool, o consumo de tabaco, a inatividade física e os hábitos alimentares não saudáveis<sup>21</sup>.

Deste modo, perante a atual realidade demográfica e epidemiológica da população portuguesa e, tendo em conta a posição de Portugal como estado membro da ONU e da OMS, compreende-se que as políticas de saúde nacionais assentem em estratégias e intervenções alinhadas com os objetivos traçados por estas duas organizações, anteriormente referidos. Assim, o Plano Nacional de Saúde (PNS) revisto e extenso a 2020, tem como objetivos a redução da mortalidade prematura (idade inferior ou igual a 70 anos) para um valor inferior a 20%, aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, a redução da prevalência do consumo de tabaco na população com idade inferior ou igual a 15 anos, eliminar o fumo ambiental e controlar a incidência e prevalência da obesidade e excesso de peso na população infantil e escolar<sup>22</sup>. Subentende-se, com a definição destes objetivos, que o foco principal é o controlo e prevenção das doenças crónicas em Portugal, visto serem estas as doenças responsáveis por elevadas taxas de mortalidade, por elevada carga de doença e por partilharem fatores de risco modificáveis como o tabaco e o excesso de peso. Como estratégia para o cumprimento dos objetivos do PNS, foram criados e desenvolvidos

programas de saúde prioritários incidindo, na sua maioria, nas doenças crónicas com maior prevalência em Portugal e nos fatores de risco com maior expressão a elas associados. São eles o programa de saúde prioritário para a prevenção e controlo do tabagismo, para a promoção de uma alimentação saudável, para a promoção da atividade física, para a diabetes, para as doenças cérebro-cardiovasculares, para as doenças oncológicas e para as doenças respiratórias<sup>23</sup>.

De salientar que, quer a nível mundial, quer a nível nacional, as estratégias para o controlo e prevenção das doenças crónicas recaem, maioritariamente, na alteração de comportamentos relacionados com a saúde, escolha de estilos de vida saudáveis e evicção dos fatores de risco modificáveis e determinantes associados às doenças crónicas, por parte dos cidadãos. Para tal, globalmente, as políticas de saúde priorizam cada vez mais a capacitação dos cidadãos enquanto pessoas capazes de decidir informadamente acerca da sua saúde e doença, tornando-os parceiros dos profissionais de saúde no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde. Enfatiza-se assim, a capacitação do cidadão assente em estratégias que promovam a literacia em saúde e, permitam uma maior autonomia, capacidade de decisão e responsabilização pela sua saúde, centralizando os cuidados de saúde no cidadão. Pretende-se que o cidadão assuma um papel participativo nas questões relacionadas com a sua saúde capaz de planear, escolher e decidir os próprios cuidados de saúde.

Acredita-se, portanto, que uma abordagem que torne central, relevante e estimule o papel do cidadão na sua própria saúde, se traduza numa melhor gestão dos cuidados de saúde e melhores resultados em saúde, como a redução e prevenção das doenças crónicas, resultante, também, de uma escolha informada por estilos de vida saudáveis.

## **2. Literacia em Saúde**

### **2.1. Definição e evolução do conceito**

Nos últimos anos, a literacia em saúde tem ganho um crescente interesse, como área de investigação, e relevância nas políticas de saúde mundiais<sup>24-26</sup>, apresentando-se como um conceito intimamente relacionado com uma participação mais ativa de cada indivíduo na sua saúde e com a centralização dos cuidados de saúde no cidadão.

Em 1974, Scott Simonds menciona, pela primeira vez, o conceito de literacia em saúde, relacionando-o com a educação para a saúde e, defendendo que através desta, a saúde das populações seria melhorada<sup>27</sup>. Contudo, somente em 1998 é que a OMS tomou uma posição pública sobre o conceito literacia em saúde, definindo-a como “as

competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de obter, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde”<sup>28</sup>.

Até à atualidade, têm surgido outras definições de literacia em saúde, assistindo-se a uma evolução do conceito. Inicialmente, a literacia em saúde estava relacionada com a capacidade do indivíduo lidar com informação médica, tanto escrita como numérica, como por exemplo, na leitura e compreensão de panfletos informativos, de prescrições, de planos de cuidados e atuação perante os mesmos, num contexto clínico de doença, evoluindo para um conceito mais abrangente, relacionado com a capacidade do indivíduo compreender, escolher e decidir de forma informada sobre a sua saúde, num contexto quotidiano, não somente em situação de doença<sup>29</sup>. Alinhados com esta visão, os autores Kickbusch, Wait e Maag vêm introduzir a componente social do indivíduo nos aspetos relacionados com a literacia em saúde, definindo literacia em saúde como “(...) a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia, em casa, na comunidade, no local e no trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades”.<sup>30</sup>

Sørensen *et al.*<sup>7</sup> salientam que houve também uma evolução do conceito de uma perspetiva totalmente individual baseada nas competências de cada um, para uma perspetiva em que a literacia em saúde resulta da relação entre as competências individuais e as características e exigências dos atuais sistemas de saúde. Da mesma forma, a literacia em saúde não depende somente de fatores individuais, mas de uma interação entre estes e fatores culturais, sociais e fatores relacionados com o contexto de saúde, sendo que, todos os intervenientes, devem promover uma cultura de literacia em saúde<sup>8</sup>.

Assim, entende-se que o nível de literacia em saúde não é estanque, sendo passível de ser influenciado durante o percurso de vida de cada indivíduo, dependendo do contexto em que está inserido.

A literacia em saúde tem um carácter dinâmico, pois é vista como um recurso, um “bem” que vai sendo construído ao longo da vida e que se vai adaptando às exigências do contexto em que o indivíduo se insere.

Nesta linha de pensamento e, tendo em conta o processo evolutivo do conceito de literacia em saúde, a definição que se apresenta mais completa e que pretende englobar as diferentes visões de literacia em saúde é a de Sørensen *et al.* Refere que, “literacia

em saúde está ligada à literacia e envolve conhecimento, motivação e competências dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o percurso de vida”<sup>7</sup>.

Deste modo, considera-se que a literacia em saúde é muito mais do que saber ler as indicações de saúde e tomar medicamentos conforme a prescrição é, também, um conjunto de competências que permite ao indivíduo participar ativamente nas questões relacionadas com a sua saúde, aceder a informação de saúde, fundamentar as suas decisões e ser capaz de agir informadamente no contexto da saúde. De realçar, que os contextos envolventes ao indivíduo também devem promover a literacia em saúde, melhorando o acesso do mesmo a informação relacionada com a saúde e capacitando-o para usar esta informação de forma efetiva<sup>9</sup>.

Nutbeam classifica a literacia em três níveis ou tipos, literacia funcional/básica, literacia interativa/comunicacional e literacia crítica<sup>31</sup>. A literacia funcional/básica diz respeito ao conjunto de competências suficientes para ler e escrever e que permitem um funcionamento efetivo nas atividades diárias. A literacia interativa/comunicacional engloba competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as competências sociais, podem ser usadas para participar ativamente nas atividades diárias, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar nova informação nos diversos contextos. A literacia crítica diz respeito a competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as competências sociais, podem ser utilizadas para analisar criticamente a informação e usá-la para exercer um maior controlo sobre as situações do dia a dia.

De acordo com o mesmo autor, tendo em conta a referida classificação, pretende-se uma progressão entre os designados níveis ou tipos de literacia, no sentido de permitir uma maior autonomia e capacitação do indivíduo perante situações da sua vida quotidiana. Ressalva-se que a progressão entre níveis depende da interação das competências cognitivas de cada indivíduo e do contexto em que está inserido<sup>31</sup>.

A literacia em saúde é um instrumento que reforça as competências do indivíduo para obter e compreender informação relacionada com a saúde e, de forma responsável e participada, fazer as suas escolhas, percebendo o impacto das mesmas na sua saúde e na dos outros, com vista a ganhos em saúde individuais e sistémicos.

## 2.2. Importância da Literacia em Saúde

A literacia em saúde tem-se evidenciado como uma área de extrema importância para a saúde pública e no contexto dos cuidados de saúde<sup>7,32</sup>.

Atualmente, o indivíduo confronta-se com uma panóplia de informação relacionada com a saúde e com a necessidade de tomar decisões diárias no âmbito da sua saúde e das outras pessoas. Os desafios para a adoção de estilos de vida saudáveis, para a gestão de condições de saúde e para a decisão de uma utilização apropriada dos serviços de saúde são constantes. Também os sistemas de saúde se apresentam cada vez mais complexos, requerendo diversas competências para a sua “navegação”<sup>30,33</sup>. A literacia em saúde apresenta-se, assim, como uma ferramenta fundamental para o indivíduo fazer face a estas exigências, permitindo-lhe compreender a informação de saúde e decidir de forma informada e responsável. Mais, também se reconhece a premência da mesma ser estimulada por todos os setores da sociedade, no sentido de criar um ambiente promotor de literacia em saúde.

A importância da literacia em saúde tem sido destacada por esta estar associada a resultados em saúde, como a melhoria do estado de saúde e, por ser um elemento que, ao seguir um gradiente social, pode sugerir desigualdades em saúde<sup>7,24,33</sup>. É apontada como um componente importante na qualidade da saúde do indivíduo, tendo impacte nos comportamentos relacionados com a saúde e no acesso aos cuidados de saúde<sup>32</sup>.

Um nível de literacia adequado ao nível populacional pode traduzir-se num impacte positivo na esperança de vida saudável e numa prestação de cuidados mais seguros e eficientes<sup>10</sup>.

Níveis de literacia em saúde adequados estão relacionados com uma melhor compreensão e conhecimento dos aspetos relacionados com a saúde, com uma maior capacidade em interagir e comunicar com os profissionais de saúde, com uma melhor gestão da saúde, com uma redução dos custos dos cuidados de saúde e com uma utilização dos serviços de saúde adequada às suas necessidades<sup>34,35</sup>.

Os indivíduos com um nível de literacia mais elevado têm uma maior capacidade de se envolver na toma de decisão acerca da sua saúde, fazendo-o de forma fundamentada<sup>10</sup>.

Por outro lado, níveis inadequados ou baixos de literacia em saúde estão associados a um menor envolvimento do indivíduo na gestão da sua saúde, a uma menor capacidade de obter e compreender informação de saúde, a uma menor capacidade de decisão em

aspectos relacionados com a saúde, a uma pior condição de saúde e a uma utilização mais frequente dos serviços de saúde<sup>9,10,36</sup>.

Uma literacia em saúde inadequada está também relacionada com um maior risco de complicações de saúde e taxas de mortalidade mais elevadas<sup>26,35,37</sup>, como possíveis consequências de uma menor capacidade do indivíduo com baixa literacia em saúde reconhecer sinais de deterioração do estado de saúde e de um cumprimento do seu plano de saúde não concordante com o delineado.

Os indivíduos com níveis inadequados de literacia em saúde apresentam uma maior dificuldade em adquirir hábitos de vida e comportamentos relacionais com a saúde saudáveis<sup>32</sup>.

De salientar que a relação entre literacia em saúde e resultados em saúde deve ser vista, não como uma relação direta, linear, de causa-efeito, mas sim, como uma relação indireta, tipo cascata, ou seja, um baixo nível de literacia em saúde indica que o indivíduo tem uma menor capacidade de obter, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde, que pode ter como consequência uma fraca utilização de serviços de prevenção da doença (por exemplo, programas de rastreio) podendo levar a um diagnóstico tardio de uma doença crónica e suas repercussões.

### ***2.2.1. Literacia em saúde e adesão à terapêutica***

Entende-se por adesão à terapêutica o “grau de concordância entre o comportamento de um indivíduo relacionado com a toma da medicação, com o cumprimento de uma dieta e/ou com a execução de mudanças no estilo de vida e as recomendações de um profissional de saúde”<sup>38</sup>.

Considera-se um grau de adesão elevado quando, relacionado com a terapêutica medicamentosa, o indivíduo toma regularmente mais de 80% dos medicamentos<sup>39</sup>. No presente trabalho de investigação, quando se faz referência à adesão à terapêutica, esta contempla, somente, a adesão à terapêutica medicamentosa, por ter sido esta uma das variáveis estudadas na amostra.

Segundo Miller, cerca de 25% dos doentes não são aderentes a atividades relacionadas com a prevenção e gestão da doença, nomeadamente à toma de medicação prescrita<sup>40</sup>. Também a OMS destaca que cerca de 50% dos doentes com doença crónica não é aderente à terapêutica<sup>38</sup>, o que se revela muito preocupante, tendo em conta que, uma não adesão à terapêutica está associada a piores resultados em saúde, como a

progressão da doença de forma mais rápida e não controlada, uma maior taxa de hospitalizações, taxas de mortalidade mais elevadas e maiores custos em saúde<sup>41</sup>.

A adesão à terapêutica depende de diversos fatores, como, por exemplo, fatores que podem estar relacionados com o próprio indivíduo, com a condição de saúde, com o contexto cultural e social em que o indivíduo está inserido, com a relação entre o indivíduo e os profissionais de saúde e com a falta de compreensão, por parte do indivíduo, da condição de saúde e do plano de cuidados a ela associado.

A literacia em saúde tem sido apontada como um fator que pode influenciar a adesão à terapêutica. Vários estudos indicam que existe uma relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, salientando que, indivíduos com níveis de literacia em saúde baixos revelam uma menor adesão à terapêutica<sup>26,35,37,40,42,43</sup>.

Um indivíduo com um nível de literacia em saúde inadequado apresenta dificuldade em compreender informação de saúde, nomeadamente, informação relacionada com planos terapêuticos, com prescrições medicamentosas, com os efeitos esperados e secundários à medicação prescrita e, de desenvolver competências que permitem o seu envolvimento nos planos terapêuticos e uma tomada de decisão partilhada em relação ao seu regime terapêutico. Um baixo nível de literacia em saúde está assim relacionado com menos competências e capacidades na toma de medicamentos, com uma menor capacidade dos doentes reconhecerem a sua medicação, com uma maior dificuldade na interpretação e compreensão de rótulos e bulas de medicamentos, com um fraco conhecimento acerca dos medicamentos e seus efeitos e, com uma maior dificuldade na gestão dos planos terapêuticos<sup>35,42,44</sup>.

No entanto, um indivíduo com um nível de literacia em saúde adequado, compreende qual a razão para aquele medicamento estar indicado na sua situação de saúde, toma a medicação de forma correta e de acordo com um plano delineado com o seu envolvimento, percebe efeitos esperados e secundários e é capaz de agir em conformidade, o que promove a sua adesão à terapêutica.

A literacia em saúde apresenta-se como uma ferramenta útil e eficaz na promoção da adesão à terapêutica, tendo sido demonstrado, num estudo de meta-análise, que, quando utilizadas estratégias de promoção da literacia em saúde num grupo de doentes, cerca de 16% dos mesmos apresenta uma taxa de adesão à terapêutica superior, quando comparado com um grupo de doentes no qual essas estratégias, de promoção da literacia em saúde, não foram implementadas<sup>40</sup>.

### *2.2.2. Literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde*

Tem sido evidenciado na literatura que baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com uma fraca compreensão de informações de saúde e com uma dificuldade acrescida na navegação dos serviços de saúde, o que se pode traduzir numa utilização mais frequente dos mesmos.

Por outro lado, indivíduos com um nível de saúde adequado, têm uma maior facilidade em adequar a utilização dos cuidados de saúde às suas necessidades de saúde<sup>35</sup>.

Uma literacia em saúde inadequada está associada a um aumento de utilização dos serviços de urgência, a uma probabilidade mais elevada de hospitalização, a hospitalizações evitáveis e a readmissões hospitalares mais frequentes nos 30 dias após a alta<sup>26,35,44</sup>. Os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde apresentam um maior risco de complicações de saúde e uma menor capacidade de compreensão das repercussões para a sua saúde.

Também está relacionada com uma menor utilização de serviços de prevenção e rastreio da doença, com taxas mais elevadas de incidência e prevalência das doenças crónicas e com uma menor capacidade de autogestão da condição de saúde, nomeadamente, de doenças crónicas<sup>32,37,42</sup>. Os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde apresentam dificuldades no autocuidado e no estabelecimento de uma relação colaborativa com os profissionais de saúde, demonstrando pouco envolvimento na sua saúde<sup>35,45</sup>.

Desta forma, os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde podem apresentar um padrão de utilização dos serviços de saúde ineficiente, resultante da não capacitação dos mesmos para os aspetos relacionados com a sua saúde, que consequentemente se reflete num aumento dos custos em saúde, quer a nível individual, quer a nível do sistema de saúde<sup>46</sup>. Um indivíduo com baixa literacia em saúde gasta entre 143 a 7798 dólares, a mais, por ano, em cuidados de saúde, do que um indivíduo com um nível de literacia em saúde adequado. Também ao nível do sistema de saúde, os custos adicionais relacionados com baixos níveis de literacia em saúde, correspondem a valores entre 3 a 5% do orçamento total da saúde<sup>47</sup>.

Torna-se, assim, premente a inclusão e o desenvolvimento de estratégias promotoras da literacia em saúde como forma de capacitar o indivíduo, permitindo-o utilizar de forma mais eficiente os serviços de saúde, de modo a adequar a utilização dos mesmos às suas necessidades.



### 2.3. Determinantes da Literacia em Saúde

Como referido anteriormente, é de salientar que, a literacia em saúde, ao estar relacionada com resultados e comportamentos em saúde, é considerada um importante determinante da saúde<sup>33</sup>. Entende-se por determinantes da saúde, fatores que influenciam a saúde, quer a nível individual quer a nível coletivo<sup>48</sup>.

Assim, e tendo em conta a componente dinâmica inerente ao conceito de literacia em saúde, existem diversos fatores, determinantes, que podem influenciar o nível de literacia em saúde. Desta forma, a literacia em saúde além de se apresentar como um determinante da saúde é, também, influenciada, determinada, por vários fatores. Têm vindo a ser destacados na literatura alguns fatores que influenciam os níveis de literacia em saúde, sendo eles, fatores sociodemográficos, psicossociais e culturais, as características individuais e fatores relacionados com a experiência prévia de doença e de utilização/navegação do sistema de saúde<sup>7</sup>.

Tendencialmente, indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde pertencem a um nível socioeconómico mais baixo, apresentando salários baixos, menores rendimentos, dificuldades financeiras, necessidade de apoios sociais, uma situação perante o emprego precária ou inexistente (desemprego) e um baixo nível de escolaridade<sup>32,33,42,49,50</sup>.

Da mesma forma, indivíduos mais velhos, imigrantes com dificuldades na utilização eficiente da língua natal do país onde vivem e indivíduos pertencentes a minorias étnicas têm níveis de literacia em saúde mais baixos<sup>24,42,49,50</sup>.

Indivíduos que percecionam ter um pior estado de saúde, indivíduos com doenças crónicas, indivíduos com morbilidade múltipla e indivíduos que apresentem limitações físicas nas suas atividades diárias relacionadas com a sua condição de saúde, também apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos<sup>33,45</sup>.

Denota-se que a literacia em saúde segue um gradiente social, isto é, indivíduos com um nível socioeconómico mais baixo apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos, o que pode potenciar um aumento das desigualdades em saúde<sup>24,33,51</sup>. É de referir, que o estado de saúde também segue este mesmo gradiente social, indivíduos com um nível socioeconómico mais baixo apresentam um pior estado de saúde<sup>51</sup>.

Assim, conhecendo alguns dos grupos de indivíduos mais vulneráveis e com maior predisposição a níveis de literacia em saúde baixos e a piores condições de saúde, as

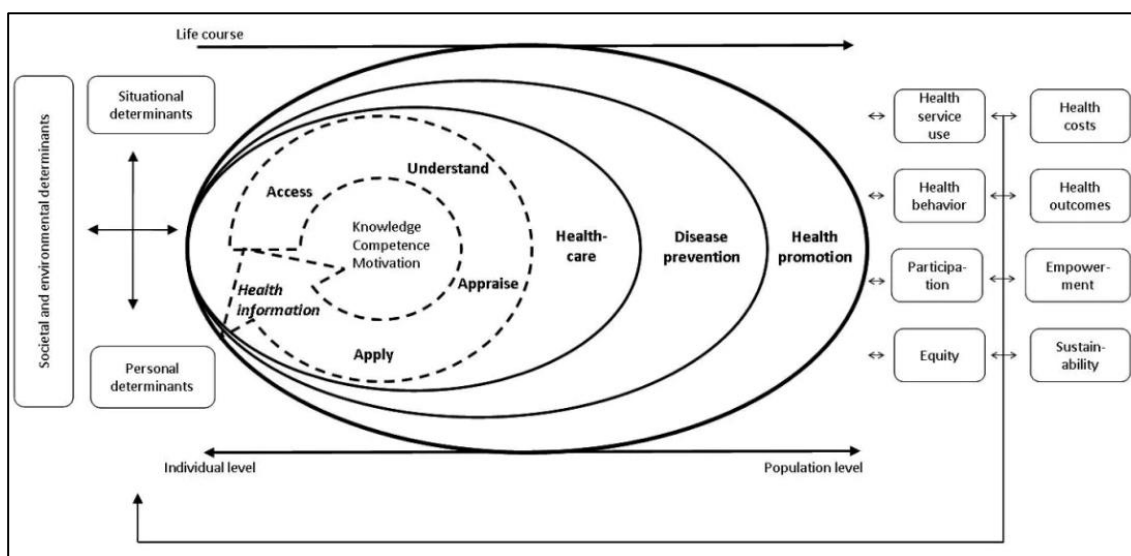
estratégias de promoção da literacia em saúde devem ser, também, direcionadas para estes grupos e adequadas às características destes indivíduos, numa tentativa de aumentar as competências em literacia em saúde e, em consequência, melhorar as condições de saúde dos mesmos e mitigar as desigualdades em saúde vivenciadas. Contudo, embora se deva ter em conta os determinantes da literacia em saúde acima referidos, as estratégias de promoção da literacia em saúde devem ser transversais aos vários setores da sociedade e dirigidos a todos os indivíduos, no sentido de melhorar as condições de saúde e os resultados em saúde, quer a nível individual como a nível populacional.

#### **2.4. Modelo concetual de Literacia em Saúde**

Existem vários modelos concetuais de literacia em saúde que tentam demonstrar a relação entre literacia em saúde e resultados em saúde. No entanto, na sua maioria, não descrevem todo o processo de aquisição de competências de literacia em saúde, as relações entre literacia em saúde, fatores determinantes e resultados em saúde e, estão mais focados na literacia em saúde em contextos clínicos.

O modelo concetual desenvolvido por Sørensen e colaboradores (figura 2) descreve a aquisição de competências de literacia em saúde como um processo dinâmico, que decorre durante toda a vida do indivíduo, ilustrando a forma como os determinantes individuais, de contexto, sociais e culturais se relacionam com a literacia em saúde e, que resultados em saúde estão associados como consequência. É um modelo que tenta explicar a literacia em saúde integrando uma abordagem mais clínica e individual e, uma abordagem de saúde pública, permitindo perceber que os resultados em saúde associados à literacia em saúde não têm implicações apenas para o indivíduo, mas também, para a população e para o sistema. Confere, assim, uma visão macro da literacia em saúde e da importância da mesma, transversal aos vários sectores da sociedade e, de destaque, na área da gestão em saúde<sup>7,51</sup>.

Figura 2 - Modelo conceitual integrado de literacia em saúde



(Fonte: Sørensen, 2012<sup>7</sup>)

O modelo conjuga as características de um modelo conceitual, destacando as dimensões da literacia em saúde representadas ao centro, que se baseiam em quatro competências, o acesso, a compreensão, a avaliação e a aplicação de informação de saúde e, as características de um modelo lógico, que mostra os fatores determinantes que influenciam a literacia em saúde e os resultados em saúde relacionados com a literacia em saúde.

Relativamente às quatro competências centrais da literacia em saúde; o acesso refere-se à capacidade de procurar e obter informação em saúde, a compreensão diz respeito à capacidade para compreender informação de saúde, a avaliação refere-se à capacidade de interpretar, julgar e avaliar informação em saúde e, a aplicação refere-se à capacidade de comunicar e utilizar a informação na tomada de decisão com vista à promoção e gestão da sua condição de saúde. É de salientar que são contempladas neste modelo as características associadas aos três níveis de literacia em saúde descritos por Nutbeam, referidos anteriormente, a literacia funcional/básica, a literacia comunicativa/interativa e a literacia crítica<sup>31</sup>.

Este processo de aquisição de competências de literacia em saúde torna o indivíduo mais capaz e conhecedor, permitindo-lhe navegar de forma eficaz e contínua nos três domínios da saúde representados no modelo, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. Isto é, é um modelo que explica a literacia em saúde e suas relações em diversas etapas de saúde (gestão da doença, prevenção da doença e

promoção da saúde) e da vida de um indivíduo, integrando uma perspectiva clínica da literacia em saúde e uma perspectiva mais abrangente de saúde pública.

Assim, como demonstra a Figura 3, são identificadas 12 dimensões de literacia em saúde, que se referem à forma como se utilizam as quatro competências, relacionadas com o acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação de saúde, nos três domínios da saúde, os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde.

*Figura 3 - Matriz que relaciona as quatro dimensões da literacia em saúde com os três domínios da saúde*

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
<b>Health care</b>	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
<b>Disease prevention</b>	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
<b>Health promotion</b>	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

(Fonte: Sørensen, 2012<sup>7</sup>)

Deste modo, à medida que se vão adquirindo competências em literacia em saúde, o indivíduo vai-se tornando mais capaz e autónomo na gestão da sua saúde, o que lhe pode proporcionar um melhor estado de saúde e, a nível sistémico e de saúde pública podem ser desenvolvidas estratégias com vista à redução de desigualdades em saúde e de uma melhor gestão da saúde a nível macro.

## 2.5. Instrumento de avaliação da literacia em saúde – HLS-EU-PT

Dada a relação existente entre literacia em saúde e resultados em saúde, torna-se fundamental e indispensável a avaliação do nível de literacia em saúde dos indivíduos, para se adequarem e desenvolverem estratégias de intervenção que respondam às necessidades dos indivíduos, de forma a promover a literacia em saúde, capacitar os indivíduos na gestão da sua saúde e melhorar os ganhos em saúde<sup>52</sup>.

Perante a diversidade de conceitos e de modelos teóricos de literacia em saúde existem, também, diversos instrumentos que se propõem avaliar e medir o nível de literacia em saúde<sup>53</sup>.

Tendo em conta, o modelo concetual e o conceito de literacia em saúde nos quais se baseia o presente trabalho de investigação e o facto de que a partir dos mesmos ter sido desenvolvido, pelo consórcio europeu de literacia em saúde (*European Health Literacy Survey Consortium*), o instrumento de avaliação de literacia em saúde – *European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)* – foi este o instrumento de medição e avaliação da literacia em saúde adotado no âmbito desta investigação.

Este é um instrumento que avalia a literacia em saúde por autoperceção, tendo sido desenvolvido para aferir o nível de literacia em saúde dos indivíduos de uma forma mais abrangente e multidimensional, não focado apenas no contexto clínico<sup>36,54,55</sup>.

Existem três versões do instrumento HLS-EU-Q, diferindo entre elas no número de questões que as compõem, a versão longa do questionário com 47 questões<sup>56</sup>, a versão de 16 questões e a versão de 6 questões<sup>57</sup>. As questões foram desenhadas e operacionalizadas tendo por base a matriz de literacia em saúde com as 12 dimensões, que combina os 3 domínios da saúde e as 4 competências da literacia em saúde, apresentada na Figura 2. A versão de 16 questões do HLS-EU-Q, HLS-EU-Q16, utilizada na presente investigação, é composta por 7 questões relacionadas com o domínio dos cuidados de saúde, 5 questões relacionadas com o domínio da prevenção da doença e 4 questões relacionadas com o domínio da promoção da saúde<sup>57</sup>. O indivíduo deve referir qual o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relacionadas com a gestão da sua saúde, selecionando uma resposta de entre 4 opções - muito difícil, difícil, fácil ou muito fácil – que resulta num valor de 1 a 4, respetivamente, por resposta<sup>56</sup>. O valor indicativo do nível de literacia em saúde é depois calculado com a aplicação de uma fórmula, apresentada no capítulo da metodologia deste trabalho de investigação, que resulta numa escala de scores de 0 a 50, correspondendo o valor 0 ao mínimo possível de literacia em saúde e o valor 50 ao máximo possível de literacia em saúde<sup>54</sup>. Os scores são agrupados resultando em quatro níveis de literacia em saúde: scores iguais ou inferiores a 25 correspondem a um nível de literacia inadequado, scores entre >25 e 33 correspondem a um nível de literacia problemático, scores entre >33 e 42 correspondem a um nível de literacia suficiente e scores entre >42 e 50 correspondem a um nível de literacia excelente<sup>56</sup>.

O HLS-EU-PT refere-se ao questionário traduzido e validado para Portugal<sup>56</sup>.

## 2.6. Literacia em Saúde – contexto atual

Mundialmente, a literacia em saúde tem-se destacado cada vez mais como uma área de investigação de extrema relevância e com uma importância transversal a todos os setores da sociedade pela sua relação com melhores resultados em saúde, quer a nível individual, quer a nível sistémico.

Neste sentido, a literacia em saúde tem sido uma prioridade nas agendas políticas mundiais e europeias<sup>24</sup>, sendo delineadas estratégias e planeadas intervenções para a sua promoção, demonstradas através de documentos como o *National Action Plan to Improve Health Literacy*<sup>58,59</sup> e o *Healthy People 2020*<sup>50</sup> nos Estados Unidos da América (EUA), o *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the expert panel on health literacy*<sup>60</sup> no Canadá e o *Health Literacy: the solid facts*<sup>33</sup> pela OMS na região europeia.

Salienta-se, também, que os níveis de literacia em saúde são, na sua globalidade, baixos<sup>24,61</sup>, o que reforça a necessidade de priorizar a literacia em saúde nas diversas agendas políticas. De acordo com um estudo realizado nos EUA, cerca de metade da população adulta norte-americana tem um nível inadequado de literacia em saúde apresentando dificuldades na utilização dos serviços de saúde<sup>61</sup>. O documento *Health Literacy in Canada: a healthy understanding* mostra que cerca de 60% dos canadianos apresenta um nível baixo de literacia em saúde<sup>62</sup>.

Na Europa, um consórcio de 8 países desenvolveu e implementou um projeto para avaliar a literacia em saúde nesses países da União Europeia (UE), sendo eles Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha – *HLS-EU Consortium*. Criaram e aplicaram o HLS-EU-Q (47 questões) nesses países, alcançando os primeiros resultados sobre literacia em saúde na Europa, ilustrando a realidade de cada país e permitindo a comparação entre eles, no sentido do desenvolvimento de estratégias que, em conjunto, promovessem a literacia em saúde em cada um deles e, na Europa como um todo. Este estudo decorreu em 2011, e mostrou que cerca de 12,4% desta população apresentava um nível de literacia em saúde inadequado e que 35,2% da mesma apresentava um nível de literacia em saúde problemático, o que no total corresponde a uma elevada prevalência de um baixo nível de literacia (47,6%). Mostrou, também, que o nível de literacia em saúde variou muito entre países, por exemplo, apenas 1,8% da população holandesa apresentava um nível inadequado de literacia em saúde, enquanto que países como a Bulgária e a Áustria apresentaram um nível inadequado de literacia em saúde mais preocupante, 26,9% e 18,2% respetivamente. Bulgária e Espanha foram os países que apresentaram uma maior percentagem da

população com níveis baixos de literacia em saúde, 62,1% e 58,3% respetivamente, sendo que estes países, assim como a Áustria, foram os únicos nos quais se verificou que mais de metade da população tinha baixos níveis de literacia em saúde<sup>24,54</sup>.

Em Portugal, o primeiro estudo nacional de literacia em saúde decorreu em 2014, a partir de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), a Direção Geral de Saúde (DGS) e 11 escolas de saúde nacionais. Foi aplicado o questionário HLS-EU-PT, após a sua tradução, adaptação e validação. Cerca de 61% da população deste estudo apresentava níveis de literacia baixos, sendo que 17% tinha um nível de literacia em saúde inadequado e 44,4% tinha um nível de literacia em saúde problemático. Em comparação com os resultados referentes aos 8 países europeus, Portugal apresentava-se como o segundo país com níveis mais baixos de literacia em saúde, sendo que a Bulgária era o país que apresentava os piores resultados. Também em comparação com a média dos 9 países (já englobando Portugal), que revelava que 49,2% da população tinha um baixo nível de literacia em saúde, o nível de literacia em saúde de Portugal era francamente mais baixo<sup>56</sup>.

Em 2015, decorreu outro estudo sobre literacia em saúde em Portugal, que mostrou que 50% da população apresentava níveis baixos de literacia em saúde, mantendo-se Portugal com níveis de literacia em saúde mais baixos que a média dos países europeus<sup>63</sup>.

Perante esta realidade, foram avigoradas as estratégias já delineadas para a promoção da literacia em saúde em Portugal, considerando-se uma ferramenta fundamental para a capacitação do indivíduo na gestão da sua saúde e para o cuidado centrado no mesmo. O PNS revisto e extenso a 2020 assenta em 4 eixos estratégicos com vista a proporcionar mais valor em saúde para os indivíduos, sendo que um dos eixos estratégicos é o da cidadania em saúde. Este eixo estratégico enfatiza a centralidade do sistema de saúde no indivíduo, prioriza a capacitação do indivíduo como agente ativo e participativo na sua saúde e destaca a promoção da literacia em saúde como o instrumento fundamental para o indivíduo gerir a sua saúde de forma informada, responsável e autónoma<sup>22</sup>. Importa referir que a promoção da literacia em saúde é transversal a todos os eixos estratégicos e a todos os sectores da sociedade. Da mesma forma, em 2016, é criado o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados que reitera a intenção do Programa do Governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde e define vários projetos para a promoção da literacia em saúde<sup>64</sup>. Em 2019, foi criado pela DGS o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, que pretende, através do cumprimento de um conjunto de metas, o aumento

dos níveis de literacia em saúde e, em consequência, a autogestão da saúde de forma informada e responsável e a melhoria do estado de saúde da população. Este plano de ação decorre durante todo o ciclo de vida do indivíduo, nos vários contextos em que o mesmo se insere e apresenta quatro objetivos estratégicos: adotar estilos de vida saudáveis, capacitar para a utilização adequada do sistema de saúde, promover o bem estar na doença crónica e promover o conhecimento e a investigação<sup>65</sup>.

Salienta, então, que existe um alinhamento das várias agendas políticas, a nível europeu e, também, a nível mundial, para a definição e o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da literacia em saúde, reconhecendo a sua importância para a melhoria do estado de saúde dos indivíduos e para uma gestão da sua saúde responsável, eficiente e autónoma, com retornos sistémicos relevantes, relacionados com melhores resultados em saúde, menos desigualdades em saúde e uma maior sustentabilidade do sistema de saúde.

### **3. Literacia em Saúde na Doença Crónica**

Como já referido, globalmente, a prevalência das doenças crónicas tem vindo a aumentar, sendo estas as doenças mais prevalentes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Também a carga da doença e as taxas de mortalidade associadas às doenças crónicas são elevadas e preocupantes, salientando-se que são as doenças que apresentam maiores taxas de mortalidade. A prevenção e o controlo destas doenças é uma prioridade assumida pela OMS e pela ONU e, como tal, vários países, entre os quais Portugal, enfatizam a redução e a gestão eficiente das doenças crónicas nas suas agendas políticas, por forma a se alcançarem melhores resultados em saúde para os indivíduos<sup>3,4,6</sup>.

Prevê-se que a prevalência das doenças crónicas continue a aumentar, tendência que pode estar relacionada com diversos fatores, entre os quais, a transição epidemiológica e demográfica presente em vários países e, a exposição, por parte do indivíduo, a fatores de risco modificáveis a elas associados, como o tabagismo, o sedentarismo, o álcool e os hábitos alimentares menos saudáveis. Visto serem doenças com uma duração prolongada, tornando-se, muitas vezes, numa condição que acompanha o indivíduo durante todo o seu percurso de vida, requerem que o mesmo tenha capacidade de as gerir de forma eficiente, de modo a apresentarem o melhor estado de saúde possível.

Assim, entende-se que, perante o desafio que as doenças crónicas colocam aos vários sistemas de saúde, as estratégias delineadas para lhe fazer face se centrem na sua



prevenção, através de intervenções direcionadas para a evicção dos fatores de risco modificáveis e, no controlo das mesmas, através da capacitação do indivíduo para a sua gestão. Para tal, é necessário tornar efetiva a mudança de paradigma associado aos cuidados de saúde, de um paradigma em que o indivíduo tem um papel passivo na gestão da sua saúde, para um paradigma em que o indivíduo assume responsabilidade, participa e gere de forma ativa e informada a sua saúde<sup>66</sup>.

Desta forma, a literacia em saúde é uma ferramenta que dota o indivíduo de competências como as de obter, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, que lhe permitam fazer uma escolha informada por estilos de vida, que se pretendem saudáveis, e que o capacitam na gestão da sua saúde e/ou doença, desempenhando um papel ativo nas questões relacionadas com a sua saúde<sup>67,68</sup>.

Sabe-se que, os indivíduos com doença crónica, na sua generalidade, apresentam baixos níveis de literacia em saúde<sup>26,42</sup>, tornando-os ainda mais vulneráveis a um pior estado de saúde geral.

Importa ressaltar que indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde apresentam uma menor adesão à terapêutica e aos planos de cuidados e têm dificuldades na gestão da sua doença crónica, da sua saúde e no auto cuidado<sup>12,68</sup>.

Um estudo realizado na Suíça para aferir o nível de literacia em saúde de indivíduos com diabetes tipo 2 e analisar a relação entre nível de literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde e custos associados, demonstrou que os indivíduos com baixos níveis de literacia utilizaram mais frequentemente os serviços de saúde e tiveram custos mais elevados nos seus cuidados de saúde<sup>69</sup>.

Outro estudo, pretendeu analisar o impacto da literacia em saúde na adesão à terapêutica de indivíduos com doença crónica, tendo demonstrado que existe uma relação positiva entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, ou seja, quanto maior o nível de literacia em saúde mais aderente o indivíduo é à terapêutica, sendo que a literacia em saúde se apresentou como o fator preditor mais forte da adesão à terapêutica nos indivíduos com doença crónica<sup>1</sup>.

A promoção da literacia em saúde deve, assim, ser encarada como uma prioridade, dos diferentes sistemas de saúde, na prevenção e controlo das doenças crónicas, visto estar associada à redução de comportamentos de risco relacionados com as mesmas e a uma melhor gestão da doença crónica. Pretende-se que o indivíduo com doença crónica desenvolva competências que o capacitem para conhecer a sua condição de saúde, para compreender sinais e sintomas associados e, em colaboração com os profissionais

de saúde, delinear o seu plano de cuidados, participando nele de forma ativa e responsável, sendo capaz de o gerir autonomamente.

# METODOLOGIA

## 1. Perguntas de investigação

Para a realização deste trabalho de investigação partiu-se de quatro perguntas de investigação:

- Qual o nível de literacia em saúde da população com doença crónica?
- Qual a relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão à terapêutica da população com doença crónica?
- Qual a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização dos serviços de saúde da população com doença crónica?
- Qual a relação entre o nível de literacia em saúde e as características da população com doença crónica?

## 2. Objetivos

### 2.1.1. Objetivos gerais

Pretende-se analisar o nível de literacia em saúde na pessoa com doença crónica e qual a relação com a adesão à terapêutica e com a utilização dos serviços de saúde. Deste modo, os **objetivos gerais** são:

- Caracterizar a amostra;
- Avaliar o nível de literacia em saúde da população com doença crónica;
- Descrever a relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica da população com doença crónica;
- Descrever a relação entre literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde pela população com doença crónica;
- Descrever a relação entre literacia em saúde e as características da população com doença crónica.

### 2.1.2. Objetivos específicos

Definiram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Caracterizar demograficamente a amostra;
- Caracterizar a população quanto à doença crónica;
- Caracterizar a literacia em saúde da amostra;
- Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra;
- Avaliar o nível de adesão à terapêutica da amostra;
- Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e adesão à terapêutica;
- Caracterizar a utilização dos serviços de saúde da amostra;
- Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde;
- Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características demográficas da amostra;
- Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características da amostra quanto à doença crónica.

### 3. Tipo de estudo

O estudo realizado é do tipo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, resultante da análise dos dados recolhidos após aplicação do questionário – Formulário de Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica (Anexo I).

De referir, que o presente estudo está integrado na linha de investigação “Promover a capacitação do cidadão português em saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública e contou com a parceria da Ordem dos Farmacêuticos, no que diz respeito à agilização do contacto com as farmácias participantes.

### 4. Setting

Este estudo decorreu em 42 farmácias comunitárias de Portugal continental e regiões autónomas, no período entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019, sendo cada farmácia responsável, idealmente, pela aplicação de 30 questionários. Foram selecionadas cerca de 14 farmácias na região norte, 9 farmácias na região centro, 12 farmácias na área metropolitana de Lisboa, 3 farmácias no Alentejo, 2 farmácias no Algarve, 1 farmácia na região autónoma dos Açores e 1 farmácia na região autónoma da Madeira.

## 5. População e Amostra

A população do estudo é composta por todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que recorreram às farmácias comunitárias selecionadas, com uma prescrição medicamentosa válida, em seu nome, para uma doença crónica, nomeadamente: psoríase, artrite reumatoide, diabetes, depressão/ansiedade, enfarte do miocárdio e respetivas consequências crónicas, doença coronária ou angina de peito, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral e respetivas consequências crónicas.

Importa referir ainda que só foram selecionadas para o estudo pessoas que, após confirmação por parte do farmacêutico, o próprio tivesse a doença crónica correspondente à prescrição.

A técnica de amostragem utilizada foi a amostragem não probabilística por conveniência. Foi solicitado a cada farmácia que identificasse uma ou duas pessoas que seriam as responsáveis pela aplicação do questionário e que recrutasse, ao longo de três dias consecutivos (terça a quinta feira), uma pessoa por hora (entre as 9 e as 20h), perfazendo idealmente 30 pessoas no total. Nem todas as farmácias envolvidas no estudo conseguiram cumprir a meta das 30 pessoas com doença crónica, pelo que a amostra total foi de 412 respostas válidas.

## 6. Recolha de dados

Como referido anteriormente, o questionário (Anexo I) aplicado inclui a escala de avaliação do nível de literacia em saúde na sua versão curta do questionário HLS-EU, traduzido e validado para Portugal (HLS-EU-PT-Q16), uma escala de avaliação de adesão à terapêutica, indicadores de utilização de cuidados de saúde e de caracterização sociodemográfica. O questionário foi elaborado após a realização de revisão de literatura para identificar a base de evidência de suporte às hipóteses de trabalho colocadas, instrumentos e escalas a utilizar e a realização de grupo focal para aferir os indicadores de utilização dos cuidados de saúde, caracterização do respondente e validação do questionário a utilizar. A informação recolhida através das referidas técnicas metodológicas foi apreciada e analisada por grupos de peritos e consultadas associações de pessoas com doença crónica até à elaboração do questionário utilizado.

Os respondentes ao questionário foram identificados pela apresentação de uma prescrição válida de um medicamento, em seu nome, para uma doença crónica com

interesse para o estudo, já anteriormente referidas e, após a questão “Tem alguma doença crónica?”. Às pessoas que responderam afirmativamente e que aceitaram participar no estudo, foi-lhes aplicado o questionário pelo farmacêutico responsável pelo estudo numa zona mais reservada da farmácia.

Cada uma das farmácias introduziu os dados relativos aos questionários que aplicou. Para tal, foi criado um formulário online que foi utilizado para a aplicação do questionário no momento, evitando a necessidade de impressão do mesmo. No entanto, para as farmácias que preferiram utilizar o questionário impresso, os mesmos foram preenchidos pelos farmacêuticos no momento de aplicação do questionário e posteriormente enviados para a equipa de investigação, bem como os Consentimentos Informados devidamente preenchidos e assinados.

## **7. Questões éticas**

Este estudo cumpre as obrigações éticas e legais para estudos desta natureza. Numa primeira fase foi pedida autorização aos autores originais da escala *Health Literacy Survey – EU* para a sua utilização no mesmo e com o objetivo específico de avaliar Literacia em Saúde na Doença Crónica (Anexo II). Acrescenta-se ainda que o mesmo teve parecer positivo, e por unanimidade, da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (Anexo III).

## 8. Operacionalização das variáveis

O plano de operacionalização das variáveis que está exposto na tabela 1 demonstra o raciocínio que conduziu a presente investigação. Para cada pergunta de investigação foram delineados objetivos gerais e específicos, e para cada objetivo específico foram definidas as variáveis que permitissem alcançar os objetivos propostos e, por conseguinte, dar resposta às perguntas de investigação colocadas.

*Tabela 1 – Operacionalização das variáveis*

Pergunta de Investigação	Objetivos gerais	Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável
<b>Qual o nível de literacia em saúde da população com doença crónica?</b>	Avaliar o nível de literacia em saúde da população com doença crónica;	Caracterizar a literacia em saúde da amostra;	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam.	Numérica
			Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente.	Numérica
			Compreender o que o seu médico lhe diz.	Numérica
			Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado.	Numérica
			Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico.	Numérica
			Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença.	Numérica
			Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico.	Numérica
			Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão.	Numérica
			Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.	Numérica
			Compreender porque precisa de fazer rastreios.	Numérica
			Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança.	Numérica

			Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação.	Numérica
			Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	Numérica
			Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos.	Numérica
			Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável.	Numérica
			Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde.	Numérica
		Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica
<b>Qual a relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica da população com doença crónica?</b>	Descrever a relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica na população com doença crónica;	Avaliar a adesão à terapêutica da amostra;	<b>Score Literacia em Saúde por classes;</b>	Ordinal
			Cumprimento da toma do medicamento no último mês.	Nominal dicotómica
			Escala analógica visual de cumprimento da terapêutica.	Numérica
		Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e adesão à terapêutica;	<b>Adesão à terapêutica medicamentosa</b> (construída).	Nominal dicotómica
			<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica
			<b>Adesão à terapêutica medicamentosa</b> (construída).	Nominal dicotómica
<b>Qual a relação entre literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde da população com doença crónica?</b>	Descrever a relação entre literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde pela população com doença crónica;	Caracterizar a utilização dos serviços de saúde da amostra;	Urgência hospitalar;	Ordinal
			Consulta de MGF;	Ordinal
			Consulta de outra especialidade;	Ordinal
			Urgência do centro de saúde;	Ordinal
			Linha de apoio à distância;	Ordinal
			Renovação da medicação;	Nominal
		Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica
			Urgência hospitalar;	Ordinal
			Consulta de MGF;	Ordinal
			Consulta de outra especialidade;	Ordinal
			Urgência do centro de saúde;	Ordinal
			Linha de apoio à distância;	Ordinal
<b>Qual a relação entre o nível de literacia em saúde e as características da população com doença crónica?</b>	Caracterizar a amostra;	Caracterizar demograficamente a amostra;	Nível de escolaridade;	Ordinal
			Exercício de profissão na área da saúde;	Nominal dicotómica
			Área de aplicação do questionário;	Nominal



			Idade;	Númerica
			Sexo;	Nominal dicotómica
			Idade por classes;	Ordinal
		Caracterizar a amostra quanto à doença crónica;	Doença de recrutamento;	Nominal
			Duração da doença de recrutamento por classes;	Ordinal
			Duração da doença de recrutamento;	Númerica
			Morbilidades;	Nominal
			<b>Número de doenças crónicas em simultâneo (construída);</b>	Númerica
			<b>Número de doenças crónicas em simultâneo por classes (construída);</b>	Ordinal
			Doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes;	Nominal
			Duração da doença de recrutamento por classes;	Ordinal
			Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal
			Grupos de doença crónica de recrutamento;	Nominal
			<b>Score Literacia em Saúde (construída);</b>	Númerica
			Idade;	Númerica
	Descrever a relação entre literacia em saúde e as características da população com doença crónica	Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características demográficas da amostra;	Sexo;	Nominal dicotómica
			Nível de escolaridade;	Nominal
			Exercício de profissão na área da saúde;	Nominal dicotómica
			<b>Score Literacia em Saúde (construída);</b>	Númerica
		Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características da amostra quanto à doença crónica;	Duração da doença de recrutamento por classes;	Ordinal
			Doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes;	Nominal
			Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal
			Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal dicotómica
			<b>Número de doenças crónicas em simultâneo (construída);</b>	Númerica

## 9. Variáveis construídas

### 9.1. Score de Literacia em Saúde

O HLS-EU-PT-Q16 é composto por 16 questões, desenhadas de acordo com um modelo concetual (Figura 2) que integra três domínios da saúde – cuidados de saúde (7 questões), promoção da saúde (4 questões) e prevenção da doença (5 questões). Pretendeu-se que, através de uma escala de 4 valores (do muito difícil ao muito fácil), o indivíduo referisse o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde.

De modo a garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os quatro índices calculados foram padronizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, através da utilização da seguinte fórmula:

$$I = [(X - 1)/3] * 50$$

Onde:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 – Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

A aplicação deste procedimento deu origem a uma nova variável, Score de Literacia em Saúde.

### 9.2. Adesão à terapêutica medicamentosa

A variável adesão à terapêutica medicamentosa foi construída a partir da combinação de duas variáveis: Cumprimento da toma do medicamento no último mês; Escala analógica visual (VAS) de cumprimento da terapêutica (0-100). Perante a pergunta “No último mês, tomou sempre este medicamento”, ao responder “Sim” a pessoa era encaminhada para a VAS que lhe pedia que assinalasse o cumprimento da terapêutica numa régua que varia entre 0 e 100, sendo o 0 “nunca toma” e o 100 “toma sempre”.

Assim, no cálculo desta nova variável apuraram-se os “Não aderentes” e os “Aderentes”, sendo que os “não aderentes” são o somatório das respostas “Não” com todos os que referiram um cumprimento inferior a 80 na VAS:  $n_{ATM} = (cump = não) + (VAS < 80)$ . Considerou-se o *cut-off* no valor 80 da VAS, tendo em conta a literatura, que refere um

nível de adesão à terapêutica elevado quando há a toma regular de mais de 80% dos medicamentos prescritos<sup>39</sup>.

### **9.3. Morbidade Múltipla**

Para a construção desta variável, considerou-se a definição de morbilidade múltipla que se refere à existência em simultâneo de 2 ou mais doenças crónicas<sup>16,17</sup>. Na base desta nova variável está uma outra na qual se contabiliza o número total de doenças crónicas que cada pessoa tem.

## 10. Análise dos dados

Para a elaboração deste trabalho de investigação foi utilizada uma base de dados em SPSS® construída a partir da informação obtida através do instrumento de recolha de dados mencionado anteriormente. Foi realizada uma análise estatística univariada e bivariada, sendo os planos de análise de dados expostos de seguida.

### 10.1. Análise estatística univariada

Através da análise estatística univariada dos dados pretendeu-se estudar cada variável individualmente, com recurso a estatística descritiva, como demonstrado na tabela 2.

*Tabela 2 – Plano de análise univariada de dados*

Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável	Estatística
Caracterizar a literacia em saúde da amostra;	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam.	Numérica	Frequências
	Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente.	Numérica	Frequências
	Compreender o que o seu médico lhe diz.	Numérica	Frequências
	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado.	Numérica	Frequências
	Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico.	Numérica	Frequências
	Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença.	Numérica	Frequências
	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico.	Numérica	Frequências
	Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão.	Numérica	Frequências
	Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool.	Numérica	Frequências
	Compreender porque precisa de fazer rastreios.	Numérica	Frequências

	Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança.	Numérica	Frequências
	Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação.	Numérica	Frequências
	Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	Numérica	Frequências
	Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos.	Numérica	Frequências
	Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável.	Numérica	Frequências
	Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde.	Numérica	Frequências
Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica	Desvio padrão Média Moda Mediana Min./Máx.
	<b>Score Literacia em Saúde por classes;</b>	Ordinal	Frequências
Avaliar a adesão à terapêutica da amostra;	Cumprimento da toma do medicamento no último mês.	Nominal dicotómica	
	Escala analógica visual de cumprimento da terapêutica.	Numérica	
	<b>Adesão à terapêutica medicamentosa</b> (construída).	Nominal dicotómica	Frequências
Caracterizar a utilização dos serviços de saúde da amostra;	Urgência hospitalar;	Ordinal	Frequências
	Consulta de MGF;	Ordinal	Frequências
	Consulta de outra especialidade;	Ordinal	Frequências
	Urgência do centro de saúde;	Ordinal	Frequências
	Linha de apoio à distância;	Ordinal	Frequências
	Renovação da medicação;	Nominal	Frequências
Caracterizar demograficamente a amostra;	Nível de escolaridade;	Nominal	Frequências
	Exercício de profissão na área da saúde;	Nominal dicotómica	Frequências
	Área de aplicação do questionário;	Nominal	Frequências
	Idade;	Numérica	Desvio padrão Média Moda Mediana Min./Máx. Coeficiente de variação Quartis
	Sexo;	Nominal dicotómica	Frequências

Caracterizar a amostra quanto à doença crónica;	Idade por classes;	Ordinal	Frequências
	Doença de recrutamento;	Nominal	Frequências
	Duração da doença de recrutamento;	Numérica	Desvio padrão Média Moda Mediana Min./Máx. Coeficiente de variação Quartis
	Duração da doença de recrutamento por classes;	Ordinal	Frequências
	Morbilidades;	Nominal	Frequências
	Número de doenças crónicas em simultâneo (construída);	Numérica	Desvio padrão Média Moda Mediana Min./Máx. Coeficiente de variação Quartis
	Número de doenças crónicas em simultâneo por classes (construída);	Ordinal	Frequências
	Doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes;	Nominal	Frequências
	Duração da doença de recrutamento por classes;	Ordinal	Frequências
	Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal	Frequências
	Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal dicotómica	
	Grupos de doença crónica de recrutamento;	Nominal	Frequências

## 10.2. Análise estatística bivariada

A estatística bivariada dos dados pretendeu analisar a relação entre duas variáveis através da aplicação de testes estatísticos, como exposto na tabela 3. De referir que, a significância estatística foi considerada para valores de  $p < 0,05$ .

*Tabela 3 – Plano de análise estatística bivariada*

Objetivos específicos	Variáveis	Tipo de variável	Testes
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e adesão à terapêutica;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica	Teste T para a igualdade das médias
	Adesão à terapêutica medicamentosa (construída).	Nominal dicotómica	
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e utilização dos serviços de saúde;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica	
	Urgência hospitalar;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
	Consulta de MGF;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
	Consulta de outra especialidade;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
	Urgência do centro de saúde;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
	Linha de apoio à distância;	Ordinal	Coefficiente de correlação de Spearman
Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características demográficas da amostra;	<b>Score Literacia em Saúde</b> (construída);	Numérica	
	Idade;	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson
	Sexo;	Nominal dicotómica	Teste T para a igualdade das médias
	Nível de escolaridade;	Nominal	ANOVA
	Exercício de profissão na área da saúde;	Nominal dicotómica	Teste T para a igualdade das médias

Analisar a relação entre nível de literacia em saúde e as características da amostra quanto à doença crónica;	<b>Score Literacia em Saúde (construída);</b>	Numérica	
	Duração da doença de recrutamento;	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson
	Doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes;	Nominal	ANOVA
	Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal	
	Apoio na gestão da doença crónica;	Nominal dicotómica	Teste T para a igualdade das médias
	Número de doenças crónicas em simultâneo (construída);	Numérica	Coefficiente de correlação de Pearson
	Morbilidade múltipla;	Nominal dicotómica	Teste T para a igualdade das médias



# RESULTADOS

## 1. Análise estatística descritiva

### 1.1. Caracterização da amostra

*Tabela 4 - Caracterização da amostra demograficamente, por nível de escolaridade, profissão na área da saúde e por área geográfica de aplicação do questionário*

	<i>n</i>	%
<b>SEXO</b> ( <i>n</i> =404)		
Feminino	235	58,20%
Masculino	169	41,80%
<b>IDADE EM ANOS</b> ( <i>n</i> =410)		
Dos 18 aos 45 anos	39	9,51%
Dos 46 aos 64 anos	149	36,34%
65 ou mais anos	222	54,14%
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b> ( <i>n</i> =408)		
Não sabe ler nem escrever	11	2,70%
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	19	4,66%
1º ciclo (até 4ºano)	164	40,20%
2º ciclo (5º e 6º ano)	37	9,07%
3º ciclo (7º e 9º ano)	53	12,99%
Secundário	58	14,22%
Ensino Superior	66	16,18%
<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE/ESTUDANTE EM ÁREAS RELACIONADAS COM A SAÚDE?</b> ( <i>n</i> =409)		
Sim	32	7,82%
Não	377	92,18%
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b> ( <i>n</i> =412)		
Norte	158	38,35%
Centro	53	12,86%
Lisboa e Vale do Tejo	105	25,49%
Alentejo	38	9,22%
Algarve	33	8,01%
Região Autónoma da Madeira	25	6,07%

*Tabela 5 - Análise descritiva da variável idade*

Idade	
<b>n</b>	410
<b>Média</b>	64,55
<b>Mediana</b>	65
<b>Moda</b>	65
<b>Desvio Padrão</b>	13,67
<b>Coeficiente de variação</b>	0,21
<b>Mínimo</b>	18
<b>Máximo</b>	94
<b>Quartil</b>	<b>25</b>
	58
	<b>50</b>
	65
	<b>75</b>
	74

De acordo com a tabela 4, das 404 pessoas que responderam ao questionário 58,20% são do sexo feminino e 41,80% são do sexo masculino.

Em relação à idade, analisando as tabelas 4 e 5, verifica-se que a amostra tem uma idade compreendida entre os 18 e os 94 anos de idade, sendo que 54,14% da amostra tem 65 ou mais anos de idade. O grupo etário dos 46 aos 64 anos de idade é o segundo grupo da amostra com maior representação (36,34%), tendo apenas 9,51% da amostra idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos de idade. Observa-se assim, que 90,48% da amostra tem idades entre os 46 e 94 anos de idade, traduzindo-se numa média de idade da amostra de 64,55 anos de idade demonstrando uma distribuição simétrica da idade, com os valores da moda, mediana e do quartil 50 de 65 anos de idade, ou seja, 50% da amostra tem uma idade superior a 65 anos. O desvio padrão é de aproximadamente 14 anos em relação à média, apresentando esta distribuição um coeficiente de variação de 21% em relação à média.

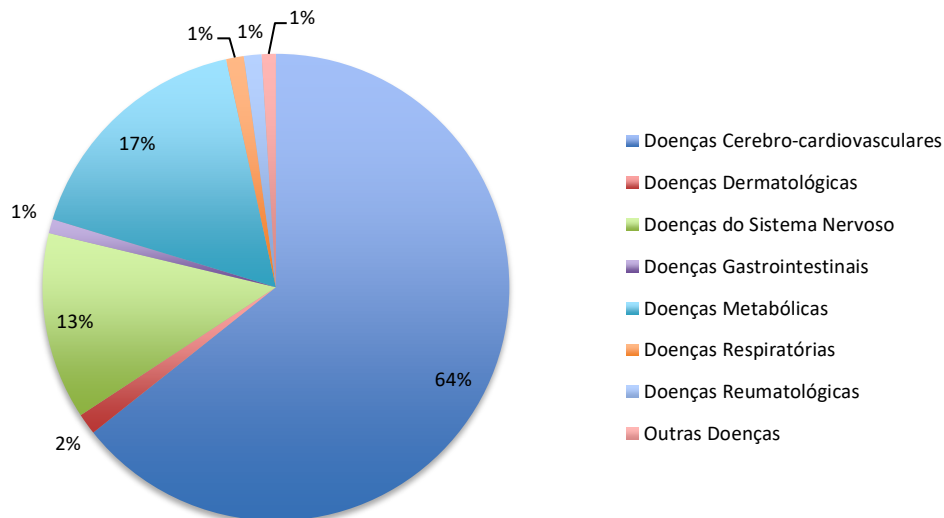
No que concerne ao nível de escolaridade, 92,66% da amostra tem escolaridade e 7,36% não tem escolaridade, embora seja de referir que destes, 4,66% refere que sabe ler e/ou escrever. Salienta-se que a maior parte da amostra (62,26%) apresenta a escolaridade básica, com 40,20% referindo o 1º ciclo como nível de escolaridade, 9,07% o 2º ciclo e 12,99% o 3º ciclo. Cerca de 14,22% da amostra referem o ensino secundário como nível de escolaridade e 16,18% o ensino superior.

Relativamente ao exercício de uma profissão na área da saúde ou de estudos na área da saúde, 92,18% da amostra refere não ser profissional de saúde ou desenvolver estudos na área, enquanto que 7,82% da amostra refere que sim.

Quanto à área geográfica de aplicação do questionário, o Norte do país e Lisboa e Vale do Tejo são as áreas geográficas com maior representação, com 38,35% e 25,49%

respetivamente, o que equivale a mais de 50% da amostra. Também a zona centro do país (12,86%), o Alentejo (9,22%), o Algarve (8,01%) e a Região Autónoma da Madeira (6,07%) se encontram representados.

*Gráfico 1 - Distribuição da frequência de doenças crónicas de recrutamento da amostra por grupos de doença*



Com a análise do gráfico 1, constata-se que cerca de 64% da amostra apresenta uma doença do grupo das doenças cérebro-cardiovasculares como a doença de recrutamento, 17% uma doença do grupo das doenças metabólicas e 13% uma doença do grupo das doenças do sistema nervoso. Doenças pertencentes aos grupos das doenças dermatológicas (2%), doenças gastrointestinais (1%), doenças respiratórias (1%), doenças reumatológicas (1%) e outras doenças (1%) têm uma prevalência residual na amostra em estudo.

*Tabela 6 - Distribuição da amostra pelas doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes*

	<i>n</i>	%
<b>Hipertensão arterial</b>	158	38,30
<b>Dislipidémia</b>	70	17,00
<b>Diabetes</b>	69	16,70
<b>Depressão/Ansiedade</b>	52	12,60
<b>Outras</b>	63	15,30
<b>Total</b>	412	100,00

Através da interpretação da tabela 6, denota-se que a Hipertensão arterial e a dislipidemia são as doenças crónicas de recrutamento mais prevalentes na amostra, com 38,30% e 17% respetivamente, pertencendo as mesmas ao grupo de doenças cérebro-cardiovasculares anteriormente referido, ou seja, cerca de 55,30% da amostra tem uma doença do grupo cérebro-cardiovascular como doença de recrutamento, sendo que ou é HTA ou dislipidemia. A diabetes é a terceira doença crónica mais prevalente na amostra com 16,70% e a depressão/ansiedade a quarta doença crónica com uma prevalência de 12,60%. O grupo das outras doenças crónicas de recrutamento está representado em 15,30% da amostra.

*Tabela 7 - Análise descritiva da variável número de doenças crónicas em simultâneo por pessoa*

Número de doenças crónicas por pessoa	
<b>N</b>	412
<b>Média</b>	4.32
<b>Mediana</b>	4.00
<b>Moda</b>	4.00
<b>Desvio Padrão</b>	2.12
<b>Mínimo</b>	1.00
<b>Máximo</b>	11.00
<b>Quartil</b> <b>25</b>	3.00
<b>50</b>	4.00
<b>75</b>	6.00

*Tabela 8 - Distribuição do número de doenças crónicas em simultâneo por pessoa em classes*

		<i>n</i>	%	% cum
<b>Número de doenças crónicas por pessoa</b>	1 Doença Crónica	31	7,50	7,50
	2 ou mais Doenças Crónicas	381	92,50	100,00
	Total	412	100,00	

Analisando a tabela 8 quanto ao número de doenças crónicas apresentadas por pessoa da amostra, constata-se que apenas 7,50% da amostra apresenta uma doença crónica e 14,60% da amostra apresenta duas doenças crónicas. Salienta-se o facto de 77,90% da amostra apresentar três ou mais doenças crónicas. Pela estatística descritiva da variável número de doenças crónicas em simultâneo por pessoa, apresentada na tabela 7, percebe-se que o número de doenças crónicas médio é de 4,32 doenças crónicas, com um desvio padrão de 2 doenças crónicas, variando entre uma doença crónica (mínimo) e onze doenças crónicas (máximo) apresentadas por pessoa, sendo que a mediana e a moda são de 4 doenças crónicas o que demonstra a simetria da distribuição. Deste modo, e analisando os três quartis de distribuição, 25% da amostra tem até 3 doenças crónicas, 50% da amostra tem até 4 doenças crónicas, e 75% da população tem até 6 doenças crónicas.

*Tabela 9 - Distribuição da amostra em relação à duração da doença crónica de recrutamento por classes*

		<i>n</i>	%	% Cum
<b>Duração da doença crónica de recrutamento por classes</b>	Igual ou inferior a 5 anos	127	31,10	31,10
	Entre 6 e 10 anos	133	32,60	63,70
	Entre 11 e 20 anos	98	24,00	87,70
	Igual ou superior a 21 anos	50	12,30	100,00
	Total	408	100,00	

*Tabela 10 - Análise descritiva da variável duração da doença crónica de recrutamento em anos*

<b>Duração da doença crónica (em anos)</b>	
<b><i>n</i></b>	408
<b>Média</b>	11.75
<b>Mediana</b>	10.00
<b>Moda</b>	10
<b>Desvio Padrão</b>	9.856
<b>Coefficiente de variação</b>	0.84
<b>Mínimo</b>	0
<b>Máximo</b>	61
<b>Quartil 25</b>	5.00
<b>50</b>	10.00
<b>75</b>	15.00

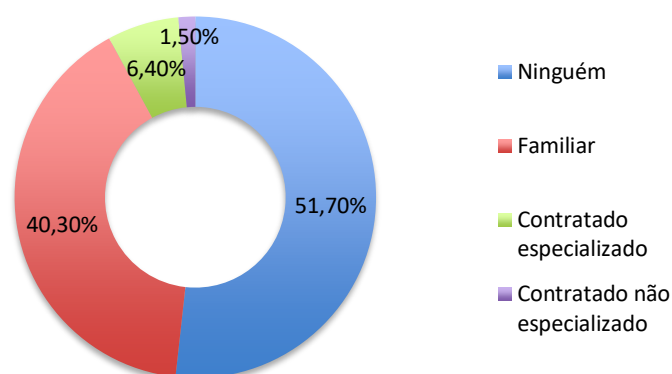
A duração em anos da doença crónica de recrutamento na amostra varia entre os 0 e os 61 anos, sendo que em média a duração da doença crónica de recrutamento na

amostra é de 11,75 anos e a moda e a mediana de 10 anos (tabela 10). No entanto, a dispersão da duração em anos da doença crónica de recrutamento é considerável, sendo que o desvio padrão é de aproximadamente 10 anos e o seu coeficiente de variação traduz uma diferença de 84% em relação à média.

Assim, analisando a tabela 9, verifica-se que 32,60% da amostra refere que a duração da doença crónica de recrutamento se situa entre os 6 e os 10 anos, 31,10% da amostra num período de tempo igual ou inferior a 5 anos, 24% da amostra entre 11 e 20 anos e 12,30% da amostra num período de tempo igual ou superior a 21 anos.

Salienta-se que, cerca de 63,70% da amostra refere que a doença crónica de recrutamento apresenta uma duração até 10 anos e 36,30% da amostra uma duração superior a 11 anos. Da análise por quartil (tabela 10) observa-se que 25% da amostra refere que a doença crónica de recrutamento tem uma duração até 5 anos, 50% da amostra uma duração até 10 anos e 75% da amostra uma duração até 15 anos.

*Gráfico 2 - Caracterização da amostra em relação à gestão da doença crónica*



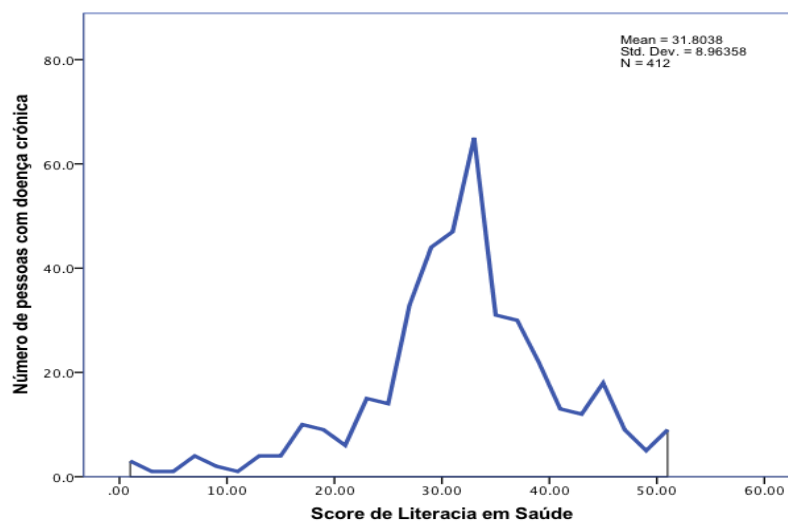
*Tabela 11 - Distribuição da amostra em relação à gestão da doença crónica por sexo*

APOIO NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA (N=396)	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO	
	n	%	n	%
Ninguém	129	56,09	78	46,99
Familiar	83	36,09	75	45,18
Contratado especializado	14	6,09	11	6,63
Contratado não especializado	4	1,74	2	1,20
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100,01</b>	<b>166</b>	<b>100,00</b>

Através da análise do gráfico 2, constata-se que 51,70% da amostra refere que gere os aspetos relacionados com a sua doença crónica de forma autónoma, 40,30% da amostra refere ter apoio de um familiar na gestão dos aspetos relacionados com a sua doença crónica, 6,40% refere ter apoio de uma pessoa especializada e 1,50% refere ter apoio de uma pessoa não especializada. Das pessoas da amostra que referem autonomia na gestão dos aspetos relacionados com a sua doença crónica, 56,09% são mulheres e 46,99% são homens (tabela 11). Observa-se também, que 45,18% dos homens referem ter o apoio de um familiar na gestão da sua doença crónica, 6,63% referem ter o apoio de uma pessoa contratada especializada e 1,20% referem ter o apoio de uma pessoa contratada não especializada. Destaca-se que apenas 36,09% das mulheres referem recorrer ao apoio de um familiar para gerir a sua doença crónica, 6,09% ao apoio de pessoa contratada especializada e 1,74% ao apoio de pessoa contratada não especializada.

## 1.2. Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde da amostra

*Gráfico 3 - Distribuição do Score de literacia em saúde na amostra*



*Tabela 12 - Análise descritiva da variável Score de literacia em saúde na amostra*

<b>Score de Literacia em Saúde</b>	
<b>Média</b>	31.8038
<b>Mediana</b>	32.2222
<b>Moda</b>	33.33
<b>Desvio Padrão</b>	8.96358
<b>Mínimo</b>	0
<b>Máximo</b>	50

Da leitura do gráfico 3 e da tabela 12, observa-se que o *Score* de literacia em saúde da amostra varia entre 0 e 50, sendo que o *Score* médio é de 31,8, a mediana de 32,22 e a moda de 33,33. Analisando o gráfico 3, nota-se que esta variação está relacionada com a existência de valores *outliers* de pessoas da amostra com *Scores* inferiores a 30.

*Tabela 13 - Nível de literacia em saúde geral da amostra*

<b>Nível de Literacia em Saúde (Geral)</b>	<b>Amostra</b>		
	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b>% cum</b>
Inadequado ( <i>Score</i> ≤ 25)	70	17,00	17,00
Problemático ( <i>Score</i> 26 a 33)	157	38,10	55,10
Suficiente ( <i>Score</i> 34 a 42)	132	32,00	87,10
Excelente ( <i>Score</i> 43 a 50)	53	12,90	100,00
<b>Total</b>	412	100,00	100,00

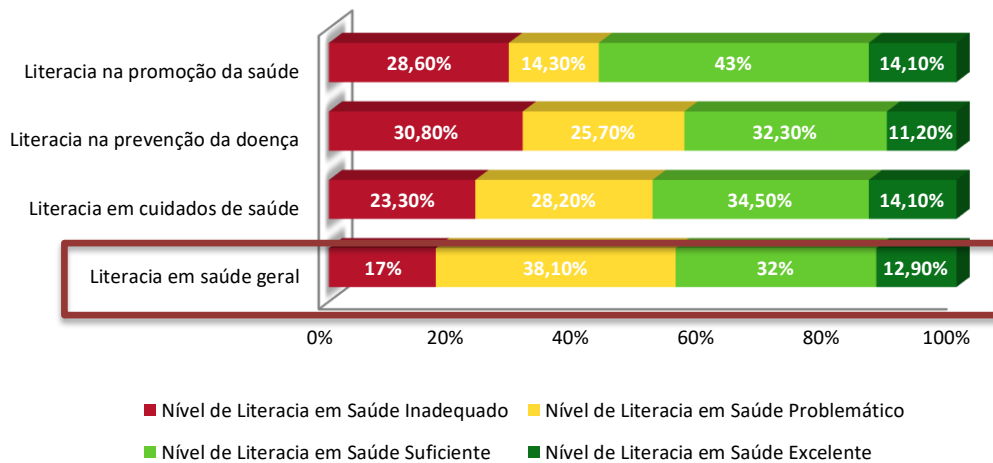
A tabela 13 demonstra que 38,10% da amostra tem um nível de literacia em saúde problemático, 32,00% um nível de literacia em saúde suficiente, 17,00% um nível de literacia em saúde inadequado e 12,90% um nível de literacia em saúde excelente. Salienta-se que 55,10% da amostra se encontra com nível de literacia em saúde negativo, ou seja, com níveis de literacia em saúde inadequado e problemático, e que 44,90% (% cumulativa) da amostra apresenta um nível de literacia em saúde positivo, com níveis de literacia em saúde suficiente e excelente.



Tabela 14 - Distribuição das respostas ao questionário HLS-EU-PT-Q16

		Perguntas	Respostas				
		Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a...:	Muito Difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sabe/Não Responde
Literacia em saúde geral	Literacia em cuidados de saúde	Q1...encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	7,3%	24,3%	52,7%	12,1%	3,6%
		Q2...saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	4,9%	26,2%	51,2%	16,7%	1,0%
		Q3...compreender o que o seu médico lhe diz?	3,6%	18,0%	54,4%	23,5%	0,5%
		Q4...compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1,0%	10,0%	54,6%	34,5%	0,0%
		Q5...avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	4,1%	28,4%	46,4%	13,6%	7,5%
		Q6...usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	4,1%	25,2%	53,6%	15,3%	1,7%
		Q7...seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1,0%	9,0%	58,7%	30,8%	0,5%
	Literacia em prevenção da doença	Q8...encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	9,0%	36,9%	37,6%	9,2%	7,3%
		Q9...compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	2,9%	8,5%	48,3%	39,6%	0,7%
		Q10...compreender porque precisa de fazer rastreios?	3,2%	7,8%	49,5%	39,1%	0,5%
		Q11...avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	7,5%	39,1%	37,1%	13,6%	2,7%
		Q12...decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	7,8%	32,0%	44,4%	11,9%	3,9%
	Literacia em promoção da Saúde	Q13...saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	4,9%	23,3%	50,7%	18,9%	2,2%
		Q14...compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	2,9%	18,0%	55,3%	21,6%	2,2%
		Q15...compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	5,3%	18,7%	54,9%	19,7%	1,5%
		Q16...avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	2,9%	17,0%	58,7%	20,1%	1,2%

Gráfico 4 - Nível de literacia em saúde por subdimensões na amostra



Da análise do gráfico 4, acerca da distribuição da amostra pelo nível de literacia em saúde nas três subdimensões – promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde – observa-se que nas subdimensões de literacia na prevenção da doença e em cuidados de saúde cerca de 55% da amostra apresenta níveis de literacia inadequado e problemático, destacando-se a subdimensão de literacia na prevenção da doença por 30,80% da amostra apresentar nível de literacia inadequado. A subdimensão de literacia na promoção da saúde apresenta mais de 50% da amostra com nível de literacia suficiente e excelente, sendo que 43% da amostra tem um nível de literacia suficiente. No entanto, salienta-se que 28,60% da amostra tem um nível de literacia inadequado nesta subdimensão. De referir que o nível de literacia excelente é o menos representado em todas as subdimensões, com 11,20% da amostra na subdimensão da prevenção da doença e 14,10% nas subdimensões promoção da saúde e cuidados de saúde. Em relação ao nível de literacia geral verifica-se que 38,10% da amostra tem nível problemático, 32% nível suficiente, 17% nível inadequado e 12,90% nível excelente.

Quanto às respostas ao questionário de avaliação da literacia em saúde apresentadas na tabela 14, constata-se que na subdimensão de literacia em promoção da saúde cerca de 70% da amostra considera fácil e muito fácil realizar as atividades relacionadas com a área da promoção da saúde (Q13, Q14, Q15 e Q16). As atividades respeitantes à subdimensão de literacia em prevenção da doença são as que apresentam um maior grau de dificuldade associado. Destaca-se a de avaliar se a informação sobre os riscos de saúde veiculada pelos meios de comunicação é de confiança (Q11) e a de encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental como o stress ou a depressão (Q8), com 39,10% e 36,90% da amostra a referir dificuldade, enquanto que 7,50% e 9%

refere muita dificuldade nas mesmas, respetivamente. No entanto, cerca de 80% da amostra refere facilidade ou muita facilidade em compreender avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool (Q9) e em compreender a necessidade de realizar rastreios (Q10). De salientar que 44,4% da amostra refere facilidade em decidir como se proteger da doença através da informação transmitida pelos meios de comunicação (Q12) porém, cerca de 40% considera difícil ou muito difícil esta decisão. Em relação à subdimensão da literacia em cuidados de saúde observa-se que a maioria da amostra sente facilidade ou muita facilidade na realização das atividades que lhe são inerentes. Cerca de 90% da amostra refere ser fácil (58,7%) ou muito fácil (30,8%) seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico (Q7). Da mesma forma, 54,6% da amostra refere ser fácil e 34,5% muito fácil compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento receitado (Q4). Para 54,4% da amostra é fácil e para 23,5% é muito fácil compreender o que o médico diz (Q3), sendo difícil para 18% da amostra. Apesar de, a maioria da amostra referir ter facilidade e muita facilidade na realização de atividades como encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam (Q1) e saber onde obter ajuda especializada em situação de doença (Q2), para cerca de 30% da amostra a realização das mesmas é difícil ou muito difícil. De salientar, que 28,4% da amostra considera difícil e 4,1% muito difícil avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico (Q5), e que usar a informação dada pelo médico para tomar decisões sobre a sua doença é uma tarefa difícil para 25,2% da amostra e muito difícil para 4,1% da amostra.

*Tabela 15 - Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde*

		Dos 18 aos 45 anos	Dos 46 aos 64 anos	65 ou mais anos
Nível de Literacia em Saúde	Inadequado	20,50%	19,50%	14,90%
	Problemático	35,90%	36,20%	39,20%
	Suficiente	30,80%	34,20%	31,10%
	Excelente	12,80%	10,10%	14,90%
Total		100% (N=39)	100% (N=149)	100% (N=222)

Através da análise da tabela 15, observa-se que mais de 50% da amostra, independentemente da faixa etária a que pertence, apresenta um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático. Tendo em conta o número de pessoas em cada faixa etária, destaca-se a faixa etária dos 18 aos 45 anos (N= 39) com 35,90% e 20,50% da amostra com nível problemático e inadequado, respetivamente. A faixa etária dos 65

ou mais anos é a que apresenta uma percentagem menor da amostra com nível de literacia em saúde inadequado (14,90%) e uma percentagem maior com nível de literacia em saúde excelente (14,90%). Contudo, cerca de 39,20% da amostra da faixa etária com 65 ou mais anos apresenta um nível de literacia em saúde problemático. A faixa etária dos 46 aos 64 anos é a que apresenta uma percentagem maior da amostra (34,20%) com nível de literacia em saúde suficiente, seguida da faixa etária com 65 ou mais anos com 31,10% da amostra e da faixa etária dos 18 ao 45 anos com 30,80% da amostra.

*Tabela 16 - Distribuição da amostra por morbilidade múltipla e nível de literacia em saúde*

		<b>1 Doença Crónica</b>	<b>2 Doenças Crónicas</b>	<b>3 ou + Doenças Crónicas</b>
<b>Nível de Literacia em Saúde</b>	Inadequado	16,10%	15,00%	17,40%
	Problemático	29,00%	40,00%	38,60%
	Suficiente	32,30%	30,00%	32,40%
	Excelente	22,60%	15,00%	11,50%
	Total	100% (N=31)	100% (N=60)	100% (N=321)

Pela leitura da tabela 16, constata-se que mais de 50% da amostra que apresenta 2 doenças crónicas e 3 ou mais doenças crónicas tem um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático, comparativamente com cerca de 36% da amostra que apresenta 1 doença crónica. No entanto, é de destacar que mais de 50% da amostra que apresenta 1 doença crónica tem um nível de literacia em saúde suficiente ou excelente, sendo que 22,60% apresenta um nível de literacia excelente. É de referir, também, que à medida que se apresentam mais doenças crónicas a percentagem da amostra com nível suficiente e excelente vai diminuindo (cerca de 45% da amostra com 2 doenças crónicas e cerca de 44% da amostra com 3 ou mais doenças crónicas).

*Tabela 17 - Distribuição da amostra pelas 4 doenças crônicas mais prevalentes e nível de literacia em saúde*

		Depressão/Ansiedade		Diabetes		Dislipidemia		Hipertensão Arterial	
Nível de Literacia em Saúde		%	% cum	%	% cum	%	% cum	%	% cum
	Inadequado	17.3%	17.3%	10.1%	10.1%	17.1%	17.1%	17.7%	17.7%
	Problemático	32.7%	50%	43.5%	53.6%	40.0%	57.1%	38.0%	55.7%
	Suficiente	26.9%	76.9%	27.5%	81.1%	35.7%	92.8%	34.2%	89.9%
	Excelente	23.1%	100%	18.8%	99,90%	7.1%	99.9%	10.1%	100%
	Total	100% (N=52)		100% (N=69)		100% (N=70)		100% (N=158)	

Relativamente ao nível de literacia em saúde das pessoas da amostra que apresentam as 4 doenças crônicas mais prevalentes (tabela 17), verifica-se que nas mesmas cerca de 50% ou mais da amostra tem um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático. No entanto, é de salientar que 10,1% da amostra de pessoas que apresentam diabetes tem um nível inadequado de literacia em saúde, enquanto que cerca de 17% da amostra de pessoas com cada uma das outras doenças crônicas tem o mesmo nível de literacia em saúde. Da mesma forma, cerca de 23,1% e 18,8% da amostra que apresenta depressão/ansiedade e diabetes, respetivamente, tem um nível de literacia excelente, comparativamente com 7,1% e 10,1% da amostra que apresenta dislipidemia e hipertensão arterial, respetivamente.

*Tabela 18 - Distribuição da amostra por utilização de serviços de saúde e nível de literacia em saúde*

		Nível de Literacia em Saúde			
Serviço de Saúde	Nº de vezes últimos 12 meses	Inadequado	Problemático	Suficiente	Excelente
Urgência hospitalar	Nunca	43,90%	52,90%	70,10%	62,70%
	1-2 vezes	40,90%	38,60%	25,20%	33,30%
	3-5 vezes	12,10%	7,80%	3,10%	3,90%
	6 ou mais vezes	3,00%	0,70%	1,60%	0,00%
	Total	100 % (N=66)	100 % (N=153)	100 % (N=127)	100 % (N=51)
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Nunca	2,90%	3,80%	4,60%	7,50%
	1-2 vezes	34,80%	49,00%	54,20%	45,30%
	3-5 vezes	47,80%	40,80%	31,30%	35,80%
	6 ou mais vezes	14,50%	6,40%	9,90%	11,30%
	Total	100 % (N=69)	100 % (N=157)	100 % (N=131)	100 % (N=53)
Consulta de outra especialidade	Nunca	44,60%	33,50%	25,80%	35,30%
	1-2 vezes	36,90%	40,00%	47,70%	39,20%
	3-5 vezes	16,90%	19,40%	20,30%	17,60%
	6 ou mais vezes	1,50%	7,10%	6,30%	7,80%
	Total	100 % (N=65)	100 % (N=155)	100 % (N=128)	100 % (N=51)

<b>Urgência do centro de saúde</b>	Nunca	66,20%	77,30%	82,40%	72,00%
	1-2 vezes	16,90%	18,80%	15,20%	24,00%
	3-5 vezes	13,80%	3,90%	2,40%	2,00%
	6 ou mais vezes	3,10%	0,00%	0,00%	2,00%
	Total	100 % (N=65)	100 % (N=154)	100 % (N=125)	100 % (N=50)
<b>Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")</b>	Nunca	93,80%	96,10%	95,20%	96,00%
	1-2 vezes	4,70%	3,20%	2,40%	2,00%
	3-5 vezes	0,00%	0,60%	2,40%	0,00%
	6 ou mais vezes	1,60%	0,00%	0,00%	2,00%
	Total	100 % (N=64)	100 % (N=154)	100 % (N=126)	100 % (N=50)

A tabela 18 demonstra que a Linha de apoio à distância (SNS 24) é o serviço de saúde menos utilizado pela amostra em qualquer um dos níveis de literacia em saúde, nunca tendo sido utilizado por 96,10% da amostra com nível de literacia em saúde problemático, por 96% da amostra com nível de literacia em saúde excelente, por 95,20% da amostra com nível de literacia em saúde suficiente e por 93,80% da amostra com nível de literacia em saúde inadequado, sendo que nas restantes opções de utilização (1 a 2 vezes, 3 a 5 vezes e/ou 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses) observa-se uma variação semelhante entre níveis de literacia em saúde.

A urgência do centro de saúde é o segundo serviço menos utilizado pela amostra, 82,40% da amostra com nível de literacia em saúde suficiente, 77,30% da amostra com nível de literacia em saúde problemático, 72% da amostra com nível de literacia em saúde excelente e 66,20% da amostra com nível de literacia em saúde inadequado referem nunca ter utilizado este serviço nos últimos 12 meses. Porém, 24% da amostra com nível de literacia excelente refere ter utilizado este serviço 1 a 2 vezes, 2% 3 a 5 vezes e 2% 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses. Já a amostra com nível de literacia em saúde inadequado é a que refere ter utilizado este serviço mais vezes, 16,90% 1 a 2 vezes, 13,80% 3 a 5 vezes e 3,0% 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses. A amostra com nível de literacia suficiente foi a que referiu ter utilizado este serviço menos vezes (15,20% 1 a 2 vezes, 2,40% 3 a 5 vezes e 0% 6 ou mais vezes).

A utilização de consultas de outra especialidade tem uma variação menor entre os níveis de literacia em saúde, observando-se que é a amostra com nível de literacia em saúde suficiente que refere uma maior utilização deste serviço de saúde.

A consulta de medicina geral e familiar destaca-se por ser o serviço de saúde mais utilizado pela amostra com níveis de literacia em saúde inadequado e problemático, quando em comparação com a amostra com níveis de literacia em saúde suficiente e excelente. Este serviço foi utilizado entre 3 a 5 vezes por 47,80% da amostra com nível

de literacia em saúde inadequado, por 40,80% da amostra com nível de literacia em saúde problemático, por 31,30% da amostra com nível de literacia em saúde suficiente e por 35,80% da amostra com nível de literacia em saúde excelente. 14,50% da amostra com nível de literacia em saúde inadequado refere ter utilizado 6 ou mais vezes este serviço de saúde nos últimos 12 meses.

Por último, a urgência hospitalar é o serviço menos utilizado pela amostra com nível de literacia em saúde suficiente (70,10% refere nunca ter utilizado) e excelente (62,70% refere nunca ter utilizado) em comparação com o nível de literacia em saúde inadequado (43,90% refere nunca ter utilizado) e problemático (52,90% refere nunca ter utilizado). Salienta-se que, as amostras com nível de literacia em saúde inadequado e problemático apresentam uma frequência de utilização deste serviço, quer de 1 a 2 vezes, como 3 a 5 vezes, como 6 ou mais vezes, superior às amostras com nível de literacia em saúde suficiente e excelente. Assim, refere ter utilizado este serviço entre 3 a 5 vezes, 12,10% da amostra com nível de literacia em saúde inadequado, 7,80% da amostra com nível de literacia em saúde problemático, 3,10% da amostra com nível de literacia em saúde suficiente e 3,90% da amostra com nível de literacia em saúde excelente. De notar que, 3% da amostra com nível de literacia em saúde inadequado refere ter utilizado este serviço 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses.

### 1.3. Avaliação e caracterização do nível de adesão à terapêutica da amostra

*Tabela 19 - Adesão à terapêutica na amostra*

Adesão à terapêutica na amostra		
	<i>n</i>	%
Não Aderente	88	21.8
Aderente	316	78.2
Total	404	100.0

Relativamente à adesão à terapêutica observa-se, através da tabela 19, que 78,2% da amostra refere ser aderente à terapêutica e apenas 21,8% da amostra refere ser não aderente à terapêutica.

*Tabela 20 - Distribuição da amostra por nível de adesão, sexo e faixa etária*

		Sexo		Faixa etária		
		Feminino	Masculino	Dos 18 aos 45 anos	Dos 46 aos 64 anos	65 ou mais anos
Adesão à terapêutica	Aderente	77.3%	79.1%	54.1%	79.1%	81.6%
	Não aderente	22.7%	20.9%	45.9%	20.9%	18.4%
	Total	100% (N=233)	100% (N=163)	100% (N=37)	100% (N=148)	100% (N=217)

De acordo com a tabela 20, verifica-se que mais de 70% da amostra, quer do sexo feminino como do sexo masculino, são aderentes à terapêutica, respetivamente 77,3% da amostra do sexo feminino e 79,1% da amostra do sexo masculino. Apenas 22,7% da amostra do sexo feminino e 20,90% da amostra do sexo masculino reporta não ser aderente à terapêutica. Em relação ao nível de adesão por faixa etária, observa-se que à medida que a faixa etária é mais alta a percentagem de adesão à terapêutica também aumenta. A faixa etária dos 18 aos 45 anos é a que reporta um nível de adesão à terapêutica mais baixo (54,1%) e um nível de não adesão à terapêutica mais alto (45,9%) quando comparada com as outras faixas etárias. Tanto a faixa etária dos 46 aos 64 anos como a faixa etária dos 65 ou mais anos apresentam níveis de adesão e não adesão à terapêutica muito semelhantes, cerca de 80% de ambas as amostras reportam adesão à terapêutica e cerca de 20% reportam não adesão à terapêutica.

*Tabela 21 - Distribuição da amostra por nível de adesão e morbilidade múltipla*

		Morbilidade múltipla		
		1 Doença Crónica	2 Doenças Crónicas	3 ou + Doenças Crónicas
Adesão à terapêutica	Aderente	62.1%	73.7%	80.5%
	Não aderente	37.9%	26.3%	19.5%
	Total	100% (N=29)	100% (N=57)	100% (N=318)

Através da leitura da tabela 21, destaca-se que o nível de adesão à terapêutica da amostra aumenta com o número de doenças crónicas apresentadas, ou seja, o nível de adesão à terapêutica é superior na amostra que apresenta 3 ou mais doenças crónicas (80,50%) que o da amostra que apresenta 2 doenças crónicas (73,7%) e que o da amostra que apresenta uma doença crónica (62,1%). O nível de não adesão à terapêutica comporta-se de forma contrária, isto é, é superior na amostra que apresenta apenas uma doença crónica (37,9%) do que na amostra que apresenta 2 doenças crónicas (26,3%) e do que na amostra que apresenta 3 ou mais doenças crónicas (19,5%). Assim, o nível de adesão à terapêutica é superior nas pessoas que apresentem



um maior número de doenças crônicas, do que nas pessoas que apenas apresentam uma doença crônica.

*Tabela 22 - Distribuição da amostra por nível de adesão e doenças crônicas mais prevalentes*

		Doenças crônicas mais prevalentes na amostra			
		Depressão/Ansiedade	Diabetes	Dislipidemia	HTA
Adesão à terapêutica	Aderente	71.2%	92.5%	67.6%	84.1%
	Não aderente	28.8%	7.5%	32.4%	15.9%
	Total	100% (N=52)	100% (N=67)	100% (N=68)	100% (N=157)

Após a análise da tabela 22, constata-se que, da amostra, as pessoas com diabetes são as que apresentam um maior nível de adesão à terapêutica, 92,5% são aderentes e apenas 7,5% são não aderentes, comparativamente com as outras três doenças crônicas mais prevalentes na amostra. Por outro lado, as pessoas com dislipidemia apresentam o nível de adesão à terapêutica mais baixo, 67,6% da amostra refere ser aderente, e o nível de não adesão mais elevado, 32,4% refere ser não aderente. A amostra de pessoas com hipertensão arterial também apresenta um nível de adesão à terapêutica elevado, 84,1% da amostra é aderente e 15,9% é não aderente. 71,2% da amostra com depressão/ansiedade refere ser aderente à terapêutica e 28,8% refere ser não aderente.

### 1.3.1. Avaliação e caracterização da utilização dos serviços de saúde pela amostra

*Tabela 23 - Utilização dos serviços de saúde, nos últimos 12 meses, pela amostra*

		Frequência de utilização nos últimos 12 meses			
		Nunca	1-2 vezes	3-5 vezes	6 ou mais vezes
Serviços de saúde	Urgência Hospitalar (N=397)	58,20%	34,00%	6,50%	1,30%
	Consulta de Medicina Geral e Familiar (N=410)	4,40%	47,80%	38,30%	9,50%
	Consulta de outra especialidade (N=399)	33,10%	41,90%	19%	6,00%
	Urgência do centro de saúde (N=394)	76,40%	18,00%	4,80%	0,80%
	Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24") (N=394)	95,40%	3,00%	1,00%	0,50%

Em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses observa-se, através da tabela 23, que a consulta de medicina geral e familiar é o serviço de saúde

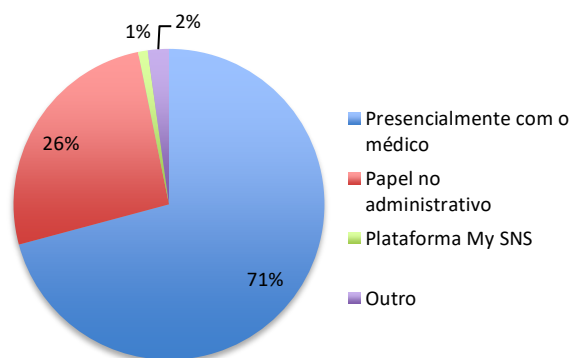
mais utilizado pela amostra, 47,80% da amostra referem ter utilizado 1 a 2 vezes nos últimos 12 meses, 38,30% 3 a 5 vezes e 9,50% 6 ou mais vezes. É de referir que apenas 4,40% da amostra referem nunca ter utilizado a consulta de medicina geral e familiar nos últimos 12 meses.

A consulta de outra especialidade é o segundo serviço de saúde mais utilizado pela amostra, 41,90% refere ter utilizado este serviço 1 a 2 vezes nos últimos 12 meses, 19% 3 a 5 vezes e 6% 6 ou mais vezes, sendo que 33,10% da amostra refere nunca ter utilizado este serviço nos últimos 12 meses.

A urgência hospitalar é o terceiro serviço mais utilizado pela amostra, 34% utilizou-o 1 a 2 vezes, 6,50% 3 a 5 vezes e 1,30% 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses. 58,20% da amostra refere nunca ter utilizado este serviço. De salientar, que a urgência hospitalar foi mais utilizada pela amostra que a urgência do centro de saúde, 76,40% refere nunca ter utilizado este serviço, 18% utilizou 1 a 2 vezes, 4,80% 3 a 5 vezes e 0,80% 6 ou mais vezes nos últimos 12 meses.

A linha de apoio à distância, como o SNS 24, foi o serviço menos utilizado pela amostra, 95,40% refere nunca ter utilizado este serviço.

*Gráfico 5 - Renovação da medicação pela amostra*



Da observação do gráfico 5, verifica-se que 71% da amostra realiza a renovação da medicação prescrita para a doença crónica presencialmente com o médico, 26% solicitando esta renovação junto dos administrativos que dão apoio às consultas médicas, 2% utiliza outros meios para obter a renovação da medicação e 1% refere utilizar a plataforma “My SNS”.

*Tabela 24 - Distribuição da amostra por utilização dos serviços de saúde e morbilidade múltipla*

			1 Doença Crónica	2 Doenças Crónicas	3 ou + Doenças Crónicas
Urgência hospitalar	Nunca	%	75.0	73.3	53.7
	1-2 vezes	%	21.4	23.3	37.2
	3-5 vezes	%	3.6	3.3	7.4
	6 ou mais vezes	%	0.0	0.0	1.6
	Total		100 (N=28)	100 (N=60)	100 (N=309)
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Nunca	%	6.5	5.0	4.1
	1-2 vezes	%	58.1	60.0	44.5
	3-5 vezes	%	32.3	33.3	39.8
	6 ou mais vezes	%	3.2	1.7	11.6
	Total		100 (N=31)	100 (N=60)	100 (N=319)
Consulta de outra especialidade	Nunca	%	64.3	36.7	29.6
	1-2 vezes	%	35.7	51.7	40.5
	3-5 vezes	%	0.0	8.3	22.8
	6 ou mais vezes	%	0.0	3.3	7.1
	Total		100 (N=28)	100 (N=60)	100 (N=311)
Urgência do centro de saúde	Nunca	%	88.9	80.0	74.6
	1-2 vezes	%	11.1	18.3	18.6
	3-5 vezes	%	0.0	1.7	5.9
	6 ou mais vezes	%	0.0	0.0	1.0
	Total		100 (N=27)	100 (N=60)	100 (N=307)
Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")	Nunca	%	85.2	94.9	96.4
	1-2 vezes	%	11.1	5.1	1.9
	3-5 vezes	%	3.7	0.0	1.0
	6 ou mais vezes	%	0.0	0.0	0.6
	Total		100 (N=27)	100 (N=59)	100 (N=308)

Pela análise da tabela 24, constata-se que os serviços de urgência hospitalar, a consulta de medicina geral e familiar e a urgência do centro de saúde são os mais frequentemente utilizados pelos que apresentam 3 ou mais doenças crónicas quando comparados com a frequência de utilização dos que apresentam 1 ou 2 doenças crónicas. Veja-se então, 53,70% da amostra com 3 ou mais doenças crónicas refere nunca ter utilizado o serviço de urgência hospitalar nos últimos 12 meses, enquanto que cerca de 75% da amostra com 1 doença crónica e 73% da amostra com 2 doenças crónicas referem nunca ter utilizado este serviço. Em qualquer outra das opções de frequência de utilização deste serviço, as amostras com 1 doença crónica e com 2 doenças crónicas apresentam uma frequência de utilização semelhante, ou seja, cerca de 21% refere ter utilizado este serviço 1 a 2 vezes, cerca de 3% 3 a 5 vezes e ninguém refere ter utilizado 6 ou mais vezes. 37,2% da amostra com 3 ou mais doenças crónicas utilizou 1 a 2 vezes, 7,4% utilizou 3 a 5 vezes e 1,6% 6 ou mais vezes. A consulta de medicina geral e familiar é o serviço mais utilizado por toda a amostra, independentemente do número de doenças crónicas apresentadas. A utilização deste serviço é semelhante nas amostras com 1 doença crónica e com 2 doenças crónicas. Destaca-se que, a amostra com 3 ou mais doenças crónicas é a que refere ter utilizado este serviço com maior frequência, 39,8% utilizou-o 3 a 5 vezes, e 11,6% 6 ou mais vezes. Em relação à consulta de outra especialidade, a amostra que apresenta 1 doença

crônica é a que menos utiliza este serviço. A utilização do mesmo é muito semelhante entre a amostra com 2 doenças crônicas e 3 ou mais doenças crônicas, salientando-se que, esta última, apresenta uma maior frequência de utilização deste serviço (22,80% 3 a 5 vezes e 7,1% 6 ou mais vezes). Também a urgência do centro de saúde é um serviço mais utilizado pela amostra com 3 ou mais doenças crônicas do que pelas outras amostras. A linha de apoio à distância é o serviço menos utilizado pela totalidade da amostra, contudo 11,1% e 3,7% da amostra com 1 doença crônica refere tê-lo utilizado 1 a 2 vezes e 3 a 5 vezes, respetivamente.

*Tabela 25 - Distribuição da amostra por utilização dos serviços de saúde e doenças crônicas mais prevalentes*

			Depressão/ Ansiedade	Diabetes	Dislipidémia	HTA
Urgência Hospitalar	Nunca	%	41,7	60,3	63,6	61,5
	1-2 vezes	%	47,9	29,4	30,3	32,7
	3-5 vezes	%	10,4	7,4	6,1	5,1
	6 ou mais vezes	%	0,0	2,9	0,0	0,6
	Total		100.00 (N=48)	100.00 (N=68)	100.00 (N=66)	100.00 (N=156)
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Nunca	%	3,8	1,4	0,0	7,0
	1-2 vezes	%	44,2	44,9	56,5	46,5
	3-5 vezes	%	42,3	40,6	37,7	37,6
	6 ou mais vezes	%	9,6	13,0	5,8	8,9
	Total		100.00 (N=52)	100.00 (N=69)	100.00 (N=69)	100.00 (N=157)
Consulta de outra especialidade	Nunca	%	19,1	39,1	37,3	36,5
	1-2 vezes	%	48,9	36,2	37,3	44,9
	3-5 vezes	%	19,1	20,3	20,9	13,5
	6 ou mais vezes	%	12,8	4,3	4,5	5,1
	Total		100.00 (N=47)	100.00 (N=69)	100.00 (N=67)	100.00 (N=156)
Urgência do centro de saúde	Nunca	%	66,7	75,0	83,3	77,4
	1-2 vezes	%	24,4	20,6	13,6	17,4
	3-5 vezes	%	6,7	2,9	3,0	5,2
	6 ou mais vezes	%	2,2	1,5	0,0	0,0
	Total		100.00 (N=45)	100.00 (N=68)	100.00 (N=66)	100.00 (N=155)
Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")	Nunca	%	95,7	95,5	98,4	97,4
	1-2 vezes	%	2,1	4,5	1,6	0,6
	3-5 vezes	%	0,0	0,0	0,0	1,3
	6 ou mais vezes	%	2,1	0,0	0,0	0,6
	Total		100.00 (N=47)	100.00 (N=67)	100.00 (N=64)	100.00 (N=156)

Através da tabela 25, verifica-se que os serviços de saúde mais utilizados pela totalidade da amostra são, por ordem de utilização, a consulta de medicina geral e familiar, a consulta de outra especialidade, e a urgência hospitalar. A urgência do centro de saúde é o quarto serviço de saúde mais utilizado e a linha de apoio à distância o menos utilizado. Em relação à utilização do serviço de urgência hospitalar, as amostras que

referem tê-lo utilizado mais vezes são a amostra com depressão/ansiedade, 10,4% utilizou este serviço 3 a 5 vezes, e a amostra com diabetes, 7,4% utilizou este serviço 3 a 5 vezes e 2,9% utilizou-o 6 ou mais vezes. O serviço de consultas de medicina geral e familiar apresenta uma utilização elevada por todas as amostras, destacando-se que cerca de 53,6% da amostra com diabetes e 51,9% da amostra com depressão/ansiedade utilizaram este serviço mais do que 3 vezes (40,6% e 42,3% utilizaram 3 a 5 vezes e 13% e 9,6% utilizaram mais de 6 vezes, respetivamente). Foi também o serviço mais utilizado pelas amostras com dislipidémia e HTA. Mais de 25% das amostras com depressão/ansiedade e dislipidémia utilizaram o serviço de consultas de outra especialidade mais de 3 vezes, 31,9% e 25,4% respetivamente, sendo que 12,8% da amostra com depressão/ansiedade o utilizou mais de 6 vezes. Salienta-se ainda, que 24,6% da amostra com diabetes utilizou este serviço mais de 3 vezes. O serviço de urgência do centro de saúde foi utilizado mais vezes pelas amostras com depressão/ansiedade e HTA, sendo que 6,7% da amostra com depressão/ansiedade o utilizou 3 a 5 vezes e 2,2% 6 ou mais vezes e, 5,2% da amostra com HTA o utilizou 3 a 5 vezes. Em relação à utilização da linha de apoio à distância mais de 95% de todas as amostras refere nunca ter utilizado este serviço, no entanto, 2,1% da amostra com depressão/ansiedade referiu utilizá-lo 6 ou mais vezes.

É possível verificar que as amostras que demonstram uma tendência de maior utilização dos serviços de saúde são a amostra com depressão/ansiedade e a amostra com diabetes.

## 2. Análise estatística bivariada

### 2.1. Teste à normalidade da variável em estudo – Score de Literacia em Saúde

Tabela 26 - Estudo da normalidade da variável em estudo – Score de Literacia em Saúde

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Score de Literacia em Saúde	.081	412	.000	.967	412	.000

Foi realizado o teste à normalidade da variável principal em estudo (Score de Literacia em Saúde). Como é possível observar na tabela 26, a variável apresenta uma distribuição não normal, uma vez que, o valor de significância (sig.) nos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* é inferior a 0,05. Embora a distribuição seja não normal, a análise bivariada foi realizada através de testes paramétricos, uma vez que os mesmos permitem uma maior comparabilidade de resultados com outros estudos da mesma natureza. No entanto, foi também realizada a análise bivariada através de testes não paramétricos (Anexo IV) os quais não revelaram divergência nos resultados.

### 2.2. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Sexo

Tabela 27 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e sexo – Teste T para amostras independentes

Teste T				
	N	Média do Score de LS	Desvio Padrão	Sig. (2 extremidades)
Sexo Feminino	235	32.2951	8.49505	.253
Sexo Masculino	169	31.2554	9.67952	

De acordo com a tabela 27, verifica-se um valor de significância do Teste T superior a 0,05 ( $p=0,253$ ), retendo-se a hipótese nula ( $H_0$ ), o que significa que a diferença das médias do Score de literacia em saúde entre as amostras do sexo feminino e masculino não é estatisticamente significativa.

### 2.3. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Idade

Tabela 28 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e idade – Coeficiente de Correlação de Pearson

		Literacia em Saúde	Idade
Literacia em Saúde	Correlação Pearson	1.000	-0.027
	Sig. (2 extremidades)	.	0.585
	N	412	410
Idade	Correlação de Pearson	-0.027	1.000
	Sig. (2 extremidades)	0.585	.

Da leitura da tabela 28, obtém-se que a relação entre as variáveis idade e Score de literacia em saúde é muito próximo do 0 ( $r = -0,027$ ) o que indica que a relação entre as duas variáveis é praticamente inexistente e tendencialmente negativa, ou seja, quanto maior a idade menor o Score de literacia em saúde. Como o valor de significância (0.585) é superior ao valor de  $p$  ( $p \leq 0,05$ ), assume-se que a correlação entre as variáveis não é estatisticamente significativa.

### 2.4. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Nível de escolaridade

Tabela 29 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e nível de escolaridade – Teste ANOVA

		N	Média do Score de Literacia em Saúde	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Nível de escolaridade	Não sabe ler nem escrever	11	17.9618	8.41832	4.17	33.33		
	Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	19	27.5219	13.98507	1.04	47.62		
	1º ciclo (até 4º ano)	164	31.4833	8.07085	1.04	47.92		
	2º ciclo (5º e 6º ano)	37	28.6484	10.59444	.00	50.00		
	3º ciclo (7º e 9º ano)	53	31.6735	6.81295	13.54	48.89		
	Secundário	58	33.1849	7.29578	13.54	50.00		
	Ensino Superior	66	37.1807	7.34705	16.67	50.00		
	Total	408	31.8654	8.96391	.00	50.00		
							11.664	.000
Teste Brown-Forsythe (teste robusto igualdade das medias)							9.208	.000
Teste Levene (teste homogeneidade de variâncias)								.000

A partir da observação da tabela 29, as médias do *Score* de literacia em saúde são diferentes entre níveis de escolaridade verificando-se também uma variância significativa entre os mesmos. O teste ANOVA permite perceber que as médias diferem entre os níveis de escolaridade, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ), mesmo após a aplicação dos testes de robustez (Teste Brown-Forsythe), ou seja, o *Score* de literacia em saúde é diferente entre níveis de escolaridade.

*Tabela 30 - Teste Post Hoc ANOVA para não igualdade das médias – Teste Tamhane*

	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	1º ciclo (até 4º ano)	2º ciclo (5º e 6º ano)	3º ciclo (7º e 9º ano)	Secundário	Ensino Superior
Não sabe ler nem escrever	*	**	p= 0.006	p= 0.048	p= 0.005	p= 0.002	p= 0.000
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	**	*	**	**	**	**	**
1º ciclo (até 4º ano)	p= 0.006	**	*	**	**	**	p= 0.000
2º ciclo (5º e 6º ano)	p= 0.048	**	**	*	**	**	p= 0.001
3º ciclo (7º e 9º ano)	p= 0.005	**	**	**	*	**	p= 0.001
Secundário	p= 0.002	**	**	**	**	*	**
Ensino Superior	p= 0.000	**	p= 0.000	p= 0.001	p= 0.001	**	*

\* - sem teste (mesmas variáveis) \*\* - valor de  $p > 0,05$

De acordo com a tabela 30, constata-se que a amostra que refere não saber ler nem escrever apresenta um *Score* de literacia em saúde mais baixo do que a amostra com 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário e ensino superior, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ). Não há diferença das médias do *Score* de literacia em saúde estatisticamente significativa entre esta amostra e a amostra que refere saber ler e escrever mas sem escolaridade ( $p > 0,05$ ).

A amostra com níveis de escolaridade do 1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo apresentam um *Score* de literacia em saúde superior à amostra que refere não saber ler nem escrever e inferior à amostra com nível de escolaridade do ensino superior ( $p \leq 0,05$ ). Em relação às outras amostras em estudo a diferença entre médias do *Score* de literacia em saúde não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

A amostra com nível de escolaridade do ensino secundário tem um *Score* de literacia superior à amostra que refere não saber ler nem escrever ( $p \leq 0,05$ ), mas o *Score* de literacia em saúde não apresenta diferenças estatisticamente significativas quando comparado com o das outras amostras ( $p > 0,05$ ).

A amostra do ensino superior apresenta um *Score* de literacia em saúde superior à amostra que refere não saber ler e escrever, do 1º ciclo, do 2º ciclo e do 3º ciclo ( $p \leq 0,05$ ),



não se apresentando diferenças das médias do *Score* de literacia em saúde entre a referida amostra e a amostra do ensino secundário e a amostra que refere saber ler e escrever mas não tem escolaridade ( $p>0,05$ ).

De salientar, que a amostra que refere saber ler e escrever mas sem escolaridade não apresenta uma diferença da média do *Score* de literacia em saúde que seja estatisticamente significativa com qualquer outra das amostras. Importa destacar que a média do *Score* de literacia em saúde desta amostra é de 27,52, mas o desvio padrão é de 13,99 o que lhe confere uma grande variância.

## 2.5. Relação entre *Score* de Literacia em Saúde e Profissional de Saúde

*Tabela 31 - Estudo da relação entre as variáveis *Score* de literacia em saúde e exercício de profissão na área da saúde – Teste T para amostras independentes*

					Teste T para igualdade das médias
		<i>N</i>	<i>Média do Score de Literacia em Saúde</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Sig. (2 extremidades)</i>
<b>Profissional de saúde</b>	<i>Não</i>	377	31.1166	8.79999	
	<i>Sim</i>	32	39.6745	7.41440	
					.000

Analisando a tabela 31, constata-se que os profissionais de saúde têm um *Score* de literacia em saúde mais elevado do que as pessoas que não são profissionais de saúde, tendo em conta a diferença observada entre as médias do *Score* de literacia em saúde ( $p\leq 0,05$ ).

## 2.6. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Duração da doença crónica em anos

*Tabela 32 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e duração da doença crónica em anos – Coeficiente de Correlação de Pearson*

		Literacia em Saúde	Duração da doença crónica de recrutamento em anos
Literacia em Saúde	Correlação de Pearson	1.000	-.036
	Sig. (2 extremidades)	.	.473
	N	412	408
Duração da doença crónica de recrutamento em anos	Correlação de Pearson	-.036	1.000
	Sig. (2 extremidades)	.473	.

Através da leitura da tabela 32, verifica-se que a relação entre as variáveis duração da doença crónica de recrutamento em anos e Score de literacia em saúde é muito próximo do 0 ( $r = -0,036$ ) o que indica que a relação entre as duas variáveis é praticamente inexistente e tendencialmente negativa, ou seja, o Score de literacia em saúde é menor nas pessoas que têm há mais tempo a doença crónica. Como o valor de significância (0.473) é superior ao valor de  $p$  ( $p \leq 0,05$ ), assume-se que a correlação entre as variáveis não é estatisticamente significativa.

## 2.7. Relação entre Score de Literacia em Saúde e 4 doenças crónicas mais prevalentes

Tabela 33 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e 4 doenças crónicas mais prevalentes na amostra – Teste ANOVA

		N	Média do Score de Literacia em Saúde	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
4 Doenças Crónicas com maior expressão	Depressão/Ansiedade	52	33.5784	8.65763	16.67	50.00		
	Diabetes	69	33.4545	8.32156	13.54	50.00		
	Dislipidémia	70	31.0356	8.86998	.00	48.96		
	HTA	158	31.2121	8.86550	2.08	50.00		
	Outras	63	30.8687	10.01499	6.25	50.00		
	Total	412	31.8038	8.96358	.00	50.00		
							1.575	.180

De acordo com a tabela 33, verifica-se que embora existam pequenas diferenças nas médias dos Scores de literacia em saúde entre os grupos da amostra com as 4 doenças crónicas mais prevalentes, as mesmas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ). No entanto, o Score de literacia em saúde das amostras com diabetes e depressão/ansiedade é ligeiramente superior ao Score de literacia em saúde das amostras com HTA e dislipidémia.

## 2.8. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Gestão da doença crónica

Tabela 34 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e gestão da doença crónica – Teste T para amostras independentes

		n	Média do Score de Literacia em Saúde	Desvio Padrão	Teste T para Igualdade das Médias Sig. (2 extremidades)
Gestão autónoma dos aspetos relacionados com doença crónica	Sim	209	33.1735	8.15782	
	Não	189	30.7447	9.45985	
					.007

Através da tabela 34, constata-se que quem gere autonomamente os aspetos relacionados com a sua doença crónica tem um *Score* de literacia em saúde mais elevado do que quem não é autónomo nesta gestão, sendo a diferença das médias do *Score* de literacia em saúde entre estas duas amostras estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ).

## 2.9. Relação entre *Score* de Literacia em Saúde e Morbilidade Múltipla

*Tabela 35 - Estudo da relação entre as variáveis *Score* de literacia em saúde e número de doenças crónicas em simultâneo – Coeficiente de Correlação de Pearson*

		Literacia em Saúde	Número de doenças crónicas em simultâneo
<b>Literacia em Saúde</b>	Correlação de Pearson	1.000	-.132**
	Sig. (2 extremidades)	.	.007
	N	412	412
<b>Número de doenças crónicas em simultâneo</b>	Correlação de Pearson	-.132**	1.000
	Sig. (2 extremidades)	.007	.
	N	412	412
** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)			

Como demonstrado na tabela 35, a amostra com um maior número de doenças crónicas em simultâneo apresenta *Scores* mais baixos de literacia em saúde, ou seja, existe uma relação fraca, negativa e estatisticamente significativa ( $r -0.132$  e  $p \leq 0,05$ ) entre as duas variáveis em estudo – número de doenças crónicas em simultâneo e *Score* de literacia em saúde. Contudo, quando criada uma variável categórica dicotómica que define morbilidade múltipla de acordo com as definições mais atuais (3 ou mais doenças crónicas em simultâneo), não se verifica relação estatisticamente significativa ( $p=0.840$ ), tal como é apresentado na tabela 36.

*Tabela 36 - Estudo da relação entre as variáveis *Score* de literacia em saúde e morbilidade múltipla – Teste T para amostras independentes*

					Teste T para Igualdade das Médias
		n	Média do <i>Score</i> de Literacia em Saúde	Desvio Padrão	Sig. (2 extremidades)
<b>Morbilidade Múltipla</b>	Sim	321	31.756	8.4569	
	Não	91	31.972	10.6105	
					.840

## 2.10. Relação entre Score de Literacia em Saúde e Adesão à terapêutica

Tabela 37 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e adesão à terapêutica – Teste T para amostras independentes

					Teste T para igualdade das medias
	Adesão à terapêutica	N	Média do Score LS	Desvio Padrão	Sig. (2 extremida des)
<b>Literacia em Saúde</b>	Não Aderentes	88	29.4574	8.68290	
	Aderentes	316	32.6717	8.58724	
					.003

A amostra que refere ser aderente à terapêutica tem um Score de literacia em saúde mais elevado do que a mostra que não é aderente à terapêutica. Verifica-se pela tabela 37, que as médias dos Scores da literacia em saúde são diferentes, entre as amostras, rejeitando a hipótese nula de igualdade das médias, sendo a diferença entre as médias estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ).

## 2.11. Relação entre Score de Literacia em Saúde e utilização dos cuidados de saúde

Tabela 38 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e utilização dos cuidados de saúde – Coeficiente de Correlação de Spearman

		Urgência hospitalar	Consulta de Medicina Geral e Familiar	Consulta de outra especialidade	Urgência do centro de saúde	Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")
<b>Literacia em Saúde</b>	Coeficiente Correlação Spearman	-.193**	-.134**	.070	-.103*	-.090
	Sig. (2 extremidades)	.000	.007	.162	.040	.075
	N	400	411	401	398	397

Através da leitura da tabela 38, constata-se que existe uma relação fraca, negativa e estatisticamente significativa entre a literacia em saúde e a utilização da urgência hospitalar ( $r = -0,193$  e  $p \leq 0,05$ ), da consulta de medicina geral e familiar ( $r = -0,134$  e  $p \leq 0,05$ ) e da urgência do centro de saúde ( $r = -0,103$  e  $p \leq 0,05$ ). Assim, afirma-se que quem recorre

com maior frequência aos serviços de saúde de urgência hospitalar, consulta de medicina geral e familiar e urgência do centro de saúde apresenta um *Score* de literacia em saúde mais baixo do que quem recorre com menor frequência a estes serviços.

Não se verificou relação estatisticamente significativa entre o *Score* de literacia em saúde e a utilização da consulta de outra especialidade ( $r\ 0,070$  e  $p > 0,05$ ) e da linha de apoio à distância ( $r\ -0,090$  e  $p > 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo realizado em Portugal que pretende conhecer o nível de literacia em saúde na população com doença crónica e avaliar a sua relação com a adesão à terapêutica e a utilização dos serviços de saúde. Assim, os resultados obtidos podem ser um contributo para a caracterização desta população.

A média do *score* de literacia em saúde da população em estudo é de 31,8, um nível de literacia em saúde baixo, sendo que 55,10% desta população tem um nível de literacia em saúde inadequado e problemático. De acordo com a literatura, indivíduos com doença crónica têm níveis de literacia mais baixos<sup>24,33,45</sup>, o que é corroborado com estes resultados. Também, tendo em conta o estudo sobre literacia em saúde em Portugal de 2015, que refere que 50% da população tem níveis de literacia em saúde baixos<sup>63</sup>, os resultados deste estudo vão ao encontro do que é descrito pela literatura, ou seja, a população com doença crónica tem um nível de literacia em saúde tendencialmente mais baixo do que a população em geral. No entanto, quando se observa o resultado do primeiro estudo nacional de literacia em saúde em Portugal, que destaca que, em 2014, 61% da população tinha um nível de literacia em saúde baixo<sup>56</sup>, entende-se que a população com doença crónica em estudo tem níveis de literacia em saúde mais altos do que a população portuguesa em geral. Este achado pode estar relacionado com o facto dos indivíduos com doença crónica, por terem uma condição de saúde que lhes exige, diariamente, um controlo e gestão da mesma, por forma a evitarem situações de agudização de sintomas e, um contacto frequente com os serviços de saúde e profissionais de saúde, quer em consultas, realização de exames e aquisição de medicação prescrita, estejam mais despertos para questões relacionadas com a sua saúde e mais capacitados para a gestão da mesma. É de salientar que, a promoção da literacia em saúde tem vindo a merecer mais destaque na agenda política de saúde, quer a nível nacional quer a nível mundial, priorizando-se, cada vez mais, a centralidade do sistema de saúde no indivíduo e a literacia em saúde como ferramenta essencial na capacitação do mesmo para a gestão da sua saúde, como é reforçado no PNS revisto e extensível a 2020<sup>22</sup> e pela criação do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados<sup>64</sup>. Desta forma, e visto que os resultados do presente estudo são de 2019, o nível de literacia em saúde desta população pode apresentar-se como um resultado das estratégias políticas referidas. Algo que carece de maior aprofundamento em estudos subsequentes.

Relativamente ao nível de literacia em saúde nas três subdimensões, promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde, é de salientar que a subdimensão promoção da saúde apresenta os níveis de literacia em saúde mais elevados, ou seja, a maioria da população em estudo tem níveis adequados de literacia em saúde nesta subdimensão. Este facto pode ser resultado das estratégias e intervenções delineadas, com base nos objetivos do PNS revisto e extensível a 2020 e, também, relacionadas com os programas de saúde prioritários. A divulgação de informação relacionada com a saúde, alteração de estilos de vida e evicção de fatores de risco de doenças crónicas tem sido crescente, permitindo ao indivíduo um acesso à mesma mais facilitado, tornando-o mais capaz de tomar decisões informadas em saúde. Nesta linha de pensamento e, ao observarem-se as respostas às perguntas do questionário HLS-EU-PT-Q16, denota-se que a população em estudo refere facilidade no reconhecimento de comportamentos e estilos de vida saudáveis e na avaliação de como esses comportamentos se relacionam com a sua saúde, o que demonstra, efetivamente, que os indivíduos têm acesso a mais informação relacionada com a promoção da saúde e prevenção da doença. Porém, nas subdimensões cuidados em saúde e prevenção da doença a maioria da população do estudo apresenta baixos níveis de literacia em saúde, indicando que devem ser planeadas estratégias nestes âmbitos que promovam o nível de literacia em saúde nestas subdimensões. Desta forma, entende-se que, de acordo com cada subdimensão as dificuldades sentidas na realização de tarefas específicas variam. Estes resultados estão em concordância com o estudo nacional sobre literacia em saúde de 2014<sup>56</sup>, que também demonstrava que o nível de literacia em saúde da população portuguesa em geral nas subdimensões prevenção da doença e cuidados de saúde era baixo e, com o estudo europeu HLS-EU<sup>54</sup>.

A literacia em saúde não depende apenas de fatores individuais, mas também de fatores relacionados com os contextos de saúde em que o indivíduo se encontra, fatores relacionados com o sistema de saúde<sup>8,70</sup>. O sistema de saúde tem um papel essencial no desenvolvimento de competências em saúde por parte dos indivíduos<sup>70</sup>. Assim, as estratégias e intervenções em saúde devem estar alinhadas com as necessidades em saúde dos indivíduos, o que neste caso específico, pode sugerir a necessidade de uma maior intervenção por parte do sistema de saúde na área dos cuidados de saúde e da prevenção da doença, a fim de aumentar o nível de literacia em saúde nessas áreas.

A evidência aponta ainda para uma relação entre literacia em saúde e idade, na medida em que, pessoas mais idosas têm níveis de literacia em saúde mais baixos e, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir<sup>24,42,49,56</sup>. De facto, a população em estudo é maioritariamente idosa, uma vez que 54,14% da população tem



mais de 65 anos de idade, o que é expectável num estudo em indivíduos com doença crónica. Como já foi referido, o nível de literacia em saúde desta população é baixo, o que é consistente com a literatura. Contudo, os resultados do presente estudo não demonstram relação estatisticamente significativa entre idade e literacia em saúde, o que pode estar relacionado com o facto de a maioria da população do estudo ter mais de 65 anos de idade, estando a curva da variável idade posicionada à direita, não permitindo uma diferenciação do nível de literacia entre idades que seja estatisticamente significativa. Este resultado está em concordância com um estudo que pretendeu identificar os fatores associados a níveis de literacia em saúde baixos em indivíduos com morbilidade múltipla, o qual demonstrou não ser possível estabelecer relação entre idade e literacia em saúde, visto a população do dito estudo ter uma média de idades muito elevada<sup>71</sup>.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, o presente estudo permite constatar que existe uma relação entre nível de escolaridade e literacia em saúde e, que esta, é estatisticamente significativa, demonstrando que os indivíduos com doença crónica com níveis de escolaridade mais altos apresentam níveis de literacia em saúde mais elevados. Estes resultados estão em concordância com a literatura<sup>25,32,33,49,50</sup> e, também, com os estudos, já referidos, sobre literacia em saúde realizados em Portugal<sup>56,63</sup>. Deste modo, entende-se que literacia em saúde e literacia são conceitos que se interligam e influenciam, podendo ser preditivos um do outro, isto é, indivíduos que têm melhores competências relacionadas com a literacia, como por exemplo a escrita, a compreensão e a numeracia, têm mais facilidade em desenvolverem e adquirirem competências relacionadas com a literacia em saúde<sup>10,72</sup>. Observando os resultados deste estudo salienta-se, também, que em relação aos indivíduos que referem não ter escolaridade, aqueles que sabem ler e escrever apresentam um nível de literacia em saúde mais elevado do que os que não sabem ler nem escrever, o que vai de encontro ao descrito na literatura.

No presente estudo, a média do número de doenças crónicas por pessoa é de 4,32 doenças, sendo que 92,50% da população em estudo refere ter 2 ou mais doenças crónicas considera-se, portanto, uma população com elevada prevalência de morbilidade múltipla. Os resultados do estudo demonstram que existe uma relação entre morbilidade múltipla e literacia em saúde, na qual, indivíduos com maior número de doenças crónicas em simultâneo, morbilidade múltipla, apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde, resultado este que corrobora a literatura<sup>33,45</sup>. Os indivíduos com morbilidade múltipla apresentam condições de saúde mais complexas, que exigem uma gestão da doença mais específica integrando diversas especialidades médicas por

forma a responder às suas necessidades de saúde<sup>73,74</sup>. Assim, a capacidade de o indivíduo desenvolver tais competências pode ficar condicionada, não lhe permitindo gerir de forma eficaz a sua doença, podendo limitar o seu nível de literacia em saúde.

Foi também demonstrado neste estudo, que indivíduos que fazem a gestão autónoma dos aspetos relacionados com a sua doença crónica têm níveis de literacia em saúde mais elevados, resultado que está em concordância com a literatura. Os indivíduos que adquirem e desenvolvem competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde, apresentam uma maior capacidade para gerir a mesma, colaborando com os profissionais de saúde no planeamento dos seus cuidados de saúde<sup>32,37,42,68</sup>. Analisando as respostas ao questionário HLS-EU-PT-Q16, observa-se que a população em estudo, embora com um nível de literacia em saúde baixo, refere ter facilidade em compreender e seguir as instruções dadas pelo médico e farmacêutico e, em usar essa informação para tomar decisões sobre a sua doença, o que lhes permite gerir autonomamente os aspetos relacionados com a sua doença crónica e de forma informada. Apesar de se conseguir estabelecer a relação entre literacia em saúde e gestão autónoma da doença crónica através deste estudo, teria sido interessante especificar mais detalhadamente quais os aspetos da gestão da doença crónica em estudo, como por exemplo, a avaliação de sinais vitais, a gestão da medicação, entre outros e relacioná-los com a literacia em saúde.

Em relação à adesão à terapêutica, diversos estudos apontam para a relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, na medida em que, indivíduos com níveis de literacia em saúde mais baixos apresentam uma menor adesão à terapêutica<sup>26,35,37,43</sup>. Os indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde têm uma menor capacidade para compreender a informação relacionada com a saúde, nomeadamente, informação acerca da toma da medicação e dos efeitos da mesma, o que pode influenciar negativamente a sua adesão à terapêutica. Contudo, a adesão à terapêutica é um fenómeno multifatorial, não estando relacionada apenas com um fator<sup>1</sup>.

Os resultados deste estudo estão de acordo com o que é descrito na literatura, apontando para uma relação estatisticamente significativa entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, constatando-se que o score de literacia em saúde dos indivíduos que aderem à terapêutica é superior ao score de literacia em saúde dos indivíduos que não aderem à terapêutica.

No entanto, importa referir que, embora o nível de literacia em saúde desta população seja baixo, a taxa de adesão à terapêutica é muito elevada, cerca de 78,2% da população em estudo refere ser aderente à terapêutica. Este resultado, apesar de

positivo, diverge com a literatura sobre o tema, uma vez que, embora se encontre uma relação entre adesão à terapêutica e literacia em saúde, como já mencionado, esperava-se que a população tivesse uma taxa de adesão à terapêutica mais baixa, como referido na evidência, que salienta que 50% dos indivíduos com doença crónica não é aderente à terapêutica<sup>38</sup>. Contudo, este achado pode estar relacionado com especificidades da população em estudo e da metodologia de recolha de dados. Assim, uma das possíveis explicações para este resultado prende-se com o facto de a população do estudo ser composta por indivíduos maioritariamente idosos. A literatura refere que estes indivíduos são mais aderentes à terapêutica, provavelmente por terem uma maior preocupação com a sua saúde, quando comparados com indivíduos de faixas etárias mais baixas<sup>75</sup>. Um estudo revela que pessoas com mais de 55 anos de idade têm uma maior adesão à terapêutica e que, num estudo realizado no Reino Unido, doentes com mais de 60 anos de idade eram mais aderentes à medicação antiepilética do que doentes com menos de 60 anos<sup>76</sup>. Outra das possíveis explicações relaciona-se com a metodologia de recolha de dados. Os indivíduos foram recrutados para o estudo em farmácias, no momento de compra da medicação para a sua doença, pelo que a adesão à terapêutica primária está já cumprida, já não são contabilizadas as pessoas que não adquirem a terapêutica<sup>77,78</sup>. Outra possível explicação relaciona-se com a gestão de expectativas, o facto de a pergunta ter sido feita por um farmacêutico pode ter influenciado a resposta do indivíduo de forma positiva.

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, com a realização deste estudo observa-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis, que se traduz numa maior utilização dos serviços de saúde por indivíduos com um nível de literacia em saúde mais baixo. De salientar que, o presente estudo mostra que indivíduos com níveis de literacia mais baixos utilizam mais frequentemente os serviços de urgência hospitalar, consultas de medicina geral e familiar e os serviços de urgência dos centros de saúde. Não existe relação estatisticamente significativa entre a frequência de utilização de consultas de especialidade e da linha de apoio à distância SNS 24, com a literacia em saúde.

Este resultado vai ao encontro do que é descrito na literatura e, que se prende com, indivíduos com um nível de literacia em saúde mais baixo, por apresentarem maior dificuldade na compreensão de informação relacionada com a saúde, na navegação no sistema de saúde e na avaliação de sinais e sintomas de possível agudização da doença crónica, utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, aos quais têm um acesso mais fácil, sendo eles os serviços de urgência e as consultas de medicina geral e familiar<sup>26,35,44,79,80</sup>. Também, por apresentarem mais dificuldade na compreensão da sua

condição de saúde, não se envolvem no seu cuidado de forma ativa, necessitando da ajuda de outros de forma mais constante, neste caso de profissionais de saúde, na gestão da sua doença crónica, recorrendo mais frequentemente aos serviços de saúde.

É de salientar que a Linha de apoio a distância SNS 24 é o serviço de saúde menos utilizado por esta população, mais de 90% refere não utilizar este serviço de saúde. Este resultado carece de ser explorado, para se entender o que leva esta população a não o utilizar e, serem delineadas intervenções com vista a melhorar a sua utilização por parte desta população.

Também, pela realização deste estudo, se percebe que quanto mais doenças crónicas o indivíduo tiver em simultâneo, maior é a utilização dos serviços de saúde, o que corrobora a literatura que destaca a morbilidade múltipla como uma condição de saúde complexa e exigente do ponto de vista da gestão da saúde destes indivíduos. Desta forma, tendo em conta a longevidade destas doenças, é necessário capacitar os indivíduos para a gestão da sua condição de saúde, melhorando os seus níveis de literacia em saúde, olhando para os indivíduos não como soma de doenças, mas como um só, uma individualidade, que ao ser envolvida nos seus cuidados, demonstra ter mais informação e uma maior autonomia sobre a sua saúde, trazendo benefícios para o indivíduo e para o sistema de saúde – integração de cuidados.

Como seria expectável num estudo desta natureza, este não está isento de limitações que, ainda que influenciem os resultados de uma forma pouco significativa, não podem deixar de ser mencionados. O facto de se pretender avaliar o nível de literacia em saúde nos indivíduos com doença crónica implicou que a população do estudo fosse maioritariamente idosa, o que está em concordância. No entanto, os resultados do estudo podem ter sido condicionados. A variável utilização dos serviços de saúde pretende demonstrar a frequência de utilização de alguns dos serviços de saúde. Contudo, não permite perceber qual o motivo dessa utilização, nem avaliar essa utilização, pelo que, por exemplo, um indivíduo pode ter recorrido 5 vezes ao serviço de urgência e nenhuma delas se relacionar com a doença crónica, mas sim, com doenças agudas e justificar-se essa utilização. A variável adesão à terapêutica é auto-reportada, pelo que pode não traduzir, de forma inequívoca a adesão à terapêutica por parte do indivíduo. Na variável adesão à terapêutica, como já referido, pode ter havido um viés na resposta, relacionado com o método de recolha de dados e, associado à resposta sobre adesão à terapêutica no momento da compra da mesma, foi apenas avaliada a adesão secundária. Ainda relacionada com o método de recolha de dados, dado que esta foi feita no âmbito de farmácias comunitárias, não estão incluídas na amostra as pessoas com doença crónica que tomam apenas terapêutica de dispensa hospitalar,

que embora possam ser uma minoria, têm expressão em doenças reumáticas, oncológicas ou crónicas transmissíveis.



## CONCLUSÃO

Considerando que a literatura destaca a promoção da literacia em saúde como uma estratégia fundamental para a capacitação do indivíduo na gestão da sua saúde e/ou doença, e uma vez que, ao adquirir competências como aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, a pessoa é conhecedora da sua condição de saúde e sabe como geri-la, por forma, a obter os melhores resultados em saúde, apresentam-se, de seguida, as principais conclusões deste estudo, tendo em conta os objetivos traçados para o mesmo:

- Os indivíduos com doença crónica têm níveis insuficientes de literacia em saúde, o que pode ser um fator condicionante na gestão da sua condição de saúde;
- O nível de escolaridade é um preditor do nível de literacia em saúde da pessoa com doença crónica, ou seja, indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo apresentam níveis de literacia em saúde igualmente mais baixos;
- O número de doenças crónicas em simultâneo – morbilidade múltipla – pode ser influenciado pela literacia em saúde, dado que pessoas com níveis mais baixos de literacia em saúde têm mais doenças crónicas ao mesmo tempo;
- Os indivíduos com doença crónica que referem ser capazes de fazer uma gestão autónoma dos aspetos relacionados com a sua doença, apresentam níveis de literacia em saúde mais elevados, comparativamente aos indivíduos que referem não gerir autonomamente a sua doença, dependendo de familiares ou de contratados especializados para tal;
- Embora a taxa de adesão à terapêutica da população em estudo seja elevada, foi possível constatar que, os indivíduos com níveis de literacia em saúde mais elevados referem ser mais aderentes à terapêutica para a doença crónica;
- Os indivíduos com doença crónica e com baixos níveis de literacia em saúde referem utilizar os serviços de saúde com maior frequência do que os indivíduos com níveis de literacia superiores, nomeadamente, os serviços de urgência hospitalar, as consultas de medicina geral e familiar e os serviços de urgência dos centros de saúde. Esta mais frequente utilização dos serviços de saúde, relacionada com níveis de literacia em saúde mais baixos, pode ser indicativa de uma pior gestão da doença crónica, o que os leva a necessitarem de um contacto com profissionais de saúde mais frequente para a gestão da sua doença;

- A Linha SNS24 foi o serviço de saúde menos utilizado pela população inquirida, o que pode ser indicativo da necessidade de, primeiro, um entendimento da razão que leva esta população a não utilizar este serviço e, segundo, de reformular a essência do mesmo na resposta às necessidades desta população, por forma a adequar, eficientemente, as necessidades sentidas, ao tipo e nível de serviço de saúde indicado;
- Apesar dos progressos nacionais na área da literacia em saúde, com a criação do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados e do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, esta é uma área na qual se deve continuar a investir, por forma a aumentar os níveis de literacia em saúde e, consequentemente, melhorar o estado de saúde dos indivíduos e a capacidade de gestão autónoma da sua doença crónica.

Em suma, no âmbito da doença crónica, as pessoas com um nível superior de Literacia em Saúde...

- ... têm um nível de escolaridade superior;
- ... fazem uma gestão mais autónoma dos aspetos relacionados com a sua doença crónica (autogestão);
- ...têm menos doenças crónicas em simultâneo;
- ... aderem mais à terapêutica medicamentosa;
- ...utilizam menos vezes o serviço de urgência hospitalar, as consultas de medicina geral e familiar e a urgência do centro de saúde;
- ... não usam a linha SNS24.

Este estudo permitiu conhecer grupos da população mais vulneráveis, aos quais deverão ser dirigidas intervenções e definidas estratégias que se adequem às suas reais necessidades e características inerentes.

Sendo este o primeiro estudo realizado a nível nacional para a avaliação do nível de literacia em saúde da população com doença crónica e da sua relação com a adesão à terapêutica e com a utilização dos cuidados de saúde, os resultados do mesmo vêm demonstrar que as iniciativas e estratégias políticas delineadas, que passam pela promoção da literacia em saúde e da centralidade dos cuidados no indivíduo, devem ser cada vez mais estimuladas. Assim, pretende-se uma maior capacitação do indivíduo, que lhe permita obter informação relacionada com a sua saúde/doença, decidir de forma informada acerca da mesma e desempenhar um papel ativo e de colaboração com os profissionais de saúde na gestão da mesma.



Partindo dos resultados deste estudo, salienta-se que, do ponto de vista da gestão em saúde, a promoção da literacia em saúde, especialmente nos indivíduos com doença crónica, é uma prioridade, visto que, está associada a resultados em saúde que se transformam em ganhos em saúde, quer para o indivíduo quer para o sistema de saúde, nomeadamente, no que diz respeito, à sustentabilidade do mesmo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee YM, Yu HY, You MA, Son YJ. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*. 2017;24(1):11–8.
2. Bloom DE, Chen S, Kuhn M, McGovern ME, Oxley L, Prettnner K. The economic burden of chronic diseases: estimates and projections for China, Japan, and South Korea. *J Econ Ageing*. 2018 Sep;12:1–13.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases: key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. World Health Organization. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)
6. United Nations. Sustainable Development Goals Knowledge Platform: Helping governments and stakeholders make the SDGs a reality [Internet]. Washington, DC: United Nations; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Dec 25;12(1):e80.
8. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press. Institute of Medicine. Committee on Health Literacy; 2004.
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8.
10. Kickbusch I. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Educ*. 2008;108(2):101–4.
11. Muka T, Imo D, Jaspers L, Colpani V, Chaker L, van der Lee SJ, et al. The

- global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review. *Eur J Epidemiol.* 2015;30(4):251–77.
12. Fredericksen RJ, Gibbons L, Brown S, Edwards TC, Yang FM, Fitzsimmons E, et al. Medication understanding among patients living with multiple chronic conditions: implications for patient-reported measures of adherence. *Res Soc Adm Pharm.* 2018;14(6):540–4.
  13. University of Washington. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017): data resources [Internet]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington; 2017 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>
  14. Portugal. Ministério da Saúde. DGS. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
  15. Pordata. Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+triénio+a+partir+de+2001\)-419-5195](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+triénio+a+partir+de+2001)-419-5195)
  16. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
  17. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *Eur J Public Health.* 2019;29(1):182–9.
  18. Pordata. Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>
  19. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. A saúde dos portugueses 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
  20. Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. Infográfico INSA: doença crónica [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2019 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa---doenca-cronica/>

21. Costa AS, Silva CR, Jakubowski E, Nogueira P. Noncommunicable diseases 2030: assessing Portugal's progress towards the noncommunicable disease-related target of the Sustainable Developmental Goals. *Public Heal Panor.* 2018;4(3):321–9.
22. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
23. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programas de Saúde Prioritários [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Available from: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios>
24. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053–8.
25. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878–83.
26. Couture EM, Chouinard MC, Fortin M, Hudon C. The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):1–6.
27. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ Monogr.* 1974;2(Suppl 1):1–10.
28. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
29. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int.* 2009;24(3):285–96.
30. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future; 2004.
31. Nutbeam D. Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–68.
32. Wang X, Guo H, Wang L, Li X, Huang M, Liu Z, et al. Investigation of residents' health literacy status and its risk factors in Jiangsu Province of China. *Asia-Pacific J Public Heal.* 2013;20(10):1–9.
33. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization;

- 2013.
34. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Heal Sci*. 2008;10(3):248–55.
  35. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs: an evidence synthesis. *Heal Serv Manag Res*. 2017;30(4):197–212.
  36. Huang YJ, Chen C Te, Lin GH, Wu TY, Chen SS, Lin LF, et al. Evaluating the European Health Literacy Survey Questionnaire in patients with stroke: a latent trait analysis using Rasch modeling. *Patient*. 2018;11(1):83–96.
  37. Lam AY, Nguyen JK, Parks JJ, Morisky DE, Berry DL, Wolpin SE. Addressing low health literacy with “Talking Pill Bottles”: a pilot study in a community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc*. 2017;57(1):20-29.e3.
  38. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
  39. Bugni VM, Ozaki LS, Okamoto KYK, Barbosa CMPL, Hilário MOE, Len CA, et al. Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(6):483–8.
  40. Tricia AM. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1079–86.
  41. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2014;48(6):741–51.
  42. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Women’s Heal*. 2015;15(1):1–8.
  43. Shirindi ML, Makhubele JC, Fraeyman J. Barriers to medication adherence among women living in rural areas suffering from hypertension: the case of Dikgale-communities. *Stud Ethno-Medicine*. 2016;10(1):76–84.
  44. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011 Jul 19;155(2):97.
  45. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. 2015;98(1):41–8.

46. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005;118(4):371–7.
47. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313–24.
48. Loureiro I, Miranda N. *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. 2ª ed. Coimbra: Almedina; 2016.
49. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec 22;13(1):261. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-261>
50. US Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy People 2020: health literacy* [Internet]. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/health-literacy>
51. Sørensen K. *Health literacy: the neglected European public health disparity*: PhD dissertation. Maastricht, The Netherlands: Maastricht University; 2013.
52. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*. 2014 Oct 14;19(Suppl 2):302–33.
53. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan J, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948.
54. Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K. *Comparative report on health literacy in eight EU member states: second extended and revised version*. Brussels: The European Health Literacy Project Consortium (The HLS-EU Consortium); 2012.
55. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–7.
56. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. *Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):259–75.

57. Pelikan JM. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study [oral presentation]. In: 6th Annual Health Literacy Research Conference, November 3-4, 2014, Bethesda, Maryland [Internet]. Bethesda, MA: Boston University Medical Campus; 2014 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>
58. Thompson T, editor. National Action Plan to Improve Health Literacy. In: Encyclopedia of Health Communication [Internet]. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2014 [cited 2020 Apr 30]. Available from: <http://sk.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-health-communication/n361.xml>
59. US Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.
60. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A vision for a health literate Canada: report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association; 2008.
61. World Health Communication Associates. Health literacy: Part 1: "The basics": WHCA action guide. Axbridge, Somerset: World Health Communication Associates; 2009.
62. Canadian Council on Learning. Health literacy in Canada: a healthy understanding. Ottawa, ON: Canadian Council on Learning; 2008.
63. Espanha R, Ávila P, Mendes V. Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
64. Despacho n.º 3618-A/2016. Diário da República n.º 49/2016. 1.º Suplemento. 2.ª Série (2016-03-10): 8660-(5)-8660-(6). Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.
65. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano de Ação para a Literacia em Saúde: Health Literacy Action Plan: Portugal 2019-2021. Lisboa: Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde; 2018.
66. MacKey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have? Med Decis Mak.



2016;36(6):741–59.

67. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Priorities for action: recommendations from an International Roundtable on Health Literacy and Chronic Disease Management. *Health Promot Int.* 2017;32(4):743–54.
68. van der Heide I, Heijmans M, Schuit AJ, Uiters E, Rademakers J. Functional, interactive and critical health literacy: varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Educ Couns.* 2015;98(8):998–1004.
69. Franzen J, Mantwill S, Rapold R, Schulz PJ. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *Eur J Public Health.* 2014;24(6):997–1003.
70. US Department of Health & Human Services. Office of the Surgeon General. *Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy.* Washington, DC: Office of the Surgeon General; 2006.
71. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open.* 2018;8(2):1–9.
72. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int.* 2001;16(3):289–97.
73. Hopman P, Heins MJ, Korevaar JC, Rijken M, Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in the Netherlands: differences and underlying factors. *Eur J Intern Med.* 2016 Nov;35:44–50.
74. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, De Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1):1–9.
75. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJM, Salter C, Reijneveld SA, et al. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1–10.
76. Lin J, Sklar GE, Oh VM Sen, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008;4(1):269–86.
77. da Costa FA, Teixeira I, Duarte-Ramos F, Proença L, Pedro AR, Furtado C, et al. Effects of economic recession on elderly patients' perceptions of access to health care and medicines in Portugal. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(1):104–12.
78. da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Braganca F, da Silva JA, Cabrita J. Primary

- non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm*. 2015 Aug;37(4):626–35.
79. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased Emergency Department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014 Oct;21(10):1109–15.
80. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin YC, et al. Health literacy in Taiwan: a population-based study. *Asia-Pacific J Public Heal*. 2015;27(8):871–80.

## ANEXOS



## **Anexo I – Formulário Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica**



Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito linha de investigação sobre Capacitação do Cidadão em Saúde desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, pedíamos-lhe que respondesse ao questionário que se segue. O seu preenchimento não levará mais de 10 minutos do seu tempo.

Com este estudo pretendemos (i) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de adesão à terapêutica na doença crónica; (ii) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização de serviços de cuidados de saúde; e (iii) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e as principais fontes de informação utilizadas.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação, a sua recolha é anónima e confidencial, tendo o direito de poder desistir a qualquer momento do estudo.

Esse estudo foi já submetido à Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Para qualquer esclarecimento adicional que precise quanto ao estudo, não hesite em contactar-nos através do e-mail [saudequeconta@ensp.unl.pt](mailto:saudequeconta@ensp.unl.pt).

Antecipadamente gratos pelo tempo despendido no preenchimento deste questionário.

**\* 1. Área de aplicação do Questionário**

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma da Madeira



**GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde**

2. Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

	Muito Difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sei
Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**GRUPO II – Fontes de Informação**

3. Nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou as seguintes fontes para procurar informação sobre saúde?

	Muito raramente	Raramente	Frequentemente	Muito frequentemente	Não sei, não respondo
Cursos e palestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rádio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites, Blogs e Fóruns na Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão com amigos, família e colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas e jornais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros e enciclopédias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissionais de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes Sociais (Facebook, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associação de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro(s). Qual/Quais?

4. Qual a revista ou jornal que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas uma?

5. Qual o Site, Blog ou Fórum na Internet que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas um?

6. Qual o programa de televisão que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas um?

**GRUPO III – Adesão à Terapêutica**

**Este grupo de questões refere-se ao medicamento utilizado para selecionar o indivíduo (a primeira linha da prescrição que diga respeito a uma doença crónica).**

7. Para que doença está a tomar este medicamento?

8. Diagnosticada pelo médico?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder

9. Há quantos anos tem a doença?

**As seguintes questões dizem respeito à medicação que toma para a doença que acabou de identificar.**

10. No ultimo mês, tomou sempre este medicamento?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder

**GRUPO III – Adesão à Terapêutica**

11. Na seguinte régua, assinale como classifica o seu cumprimento da terapêutica, sendo que 100 significa que toma sempre os medicamentos e 0 que nunca toma os medicamentos.

0 50 100

☐ ☐

**GRUPO III – Adesão à Terapêutica**

12. Perante as seguintes afirmações, qual o seu grau de concordância com cada uma delas?

	Discordo fortemente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo Fortemente
A minha vida seria impossível sem estes Medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem estes medicamentos, eu estaria muito Doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos protegem-me de ficar pior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos perturbam a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos são um mistério para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**GRUPO IV – Cuidados de Saúde**

13. Nos últimos 12 meses, quantas vezes utilizou para si os seguintes serviços de saúde?

	Nunca	1-2 vezes	3-5 vezes	6 ou mais vezes	Não sabe, prefere não responder
Urgência hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de Medicina Geral e Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de outra especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgência do centro de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro. Qual?

14. Se utilizou a urgência hospitalar, qual(ais) o(s) motivo(s)?

15. Se utilizou a urgência do centro de saúde, qual(ais) o(s) motivo(s)?

16. Utiliza o serviço "My SNS"?

- ☐ Não  
☐ Sim  
☐ Prefere não responder

17. Como faz a renovação da medicação para a sua(s) doença(s) crónica?

☐ Presencialmente com o médico

☐ Papel no administrativo

☐ Plataforma My SNS

☐ Outra. Qual?

18. Recebe apoio de alguma Associação de Doentes?

☐ Não

☐ Sim

☐ Prefere não responder

**GRUPO V – Caracterização do respondente**

19. Idade (Idade em anos completos na data do preenchimento do questionário)

20. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

21. Indique o seu nível de escolaridade (completo):

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- ☐ 1º ciclo (até 4ºano)
- ☐ 2º ciclo (5º e 6º ano)
- ☐ 3º ciclo (7º e 9º ano)
- ☐ Secundário
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

22. Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/ União de Facto
- ☐ Divorciado/ Separado
- ☐ Viúvo
- ☐ Prefere não responder / Não sabe



23. É profissional de saúde ou estudante em áreas relacionadas com saúde?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

24. Qual é atualmente a sua situação perante o emprego?

- ☐ Exerce uma profissão, mesmo que não remunerada, para uma pessoa de família (Cuidador).
- ☐ Trabalhador a Full-time
- ☐ Trabalhador a Part-time
- ☐ Desempregado
- ☐ Estudante
- ☐ Reformado
- ☐ Com incapacidade permanente
- ☐ Em serviço militar ou comunitário
- ☐ Dono(a) de casa a tempo inteiro
- ☐ Em estágio profissional
- ☐ Outro
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

25. A situação financeira do seu agregado familiar permite-lhe satisfazer as necessidades básicas de:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Prefere não responder / Não sabe
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Qual a percentagem do seu rendimento disponível é que gasta com os seus medicamentos por mês?

- ☐ Menos de 10%
- ☐ Entre 10% e 29%
- ☐ Entre 30% a 50%
- ☐ Mais de 50%
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

27. Indique se durante os últimos 12 meses, sofreu das seguintes doenças (responda linha-a-linha):

	Não	Sim	Prefere não responder
Asma (incluindo asma alérgica)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AVC (acidente vascular cerebral) ou de consequências crónicas de um AVC?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença coronária ou angina de peito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão arterial alta, isto é, hipertensão arterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrose (ou doença degenerativa das articulações)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dislipidémia (colesterol alto)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrose hepática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinência urinária ou problemas de controlo da bexiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas renais crónicos, incluindo insuficiência renal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoríase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrite Reumatoide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrite Psoriática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outra. Qual?

28. Tem alguém que o ajuda a gerir os aspetos relacionados com a sua (s) doença (s)?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

**GRUPO V – Caracterização do respondente**

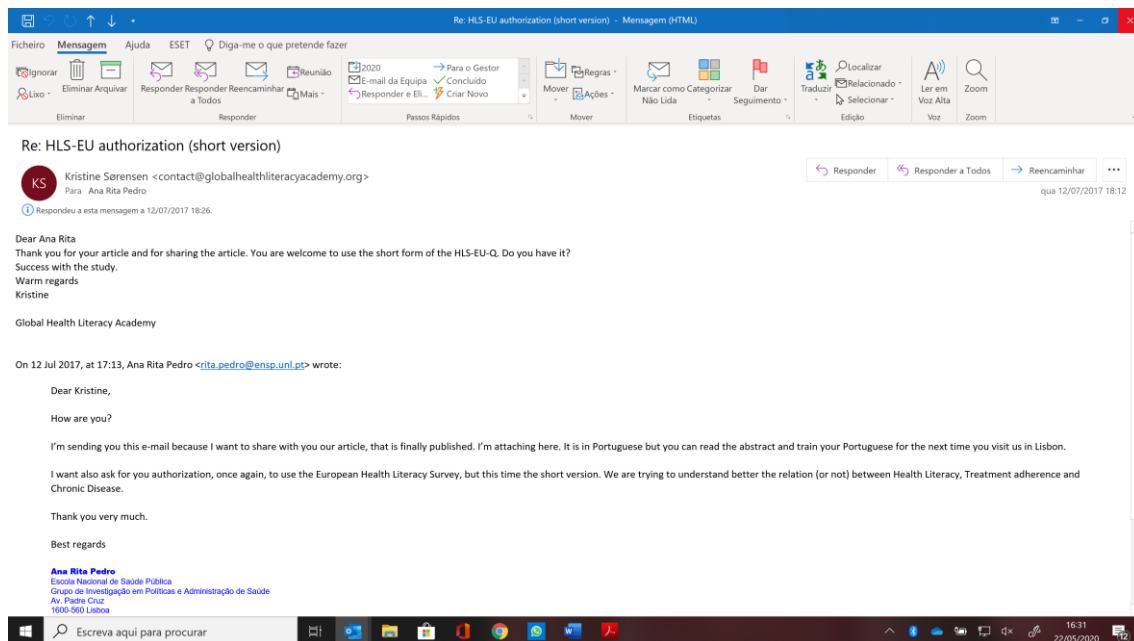
29. Quem o ajuda a gerir os aspectos relacionados com a sua doença?

- ☐ Familiar
- ☐ Contratado especializado
- ☐ Contratado não especializado
- ☐ Apoio social
- ☐ Prefere não responder / Não sabe



**Anexo II - Autorização dos autores originais da escala *Health Literacy Survey – EU***









**Anexo III – Autorização para a realização do estudo pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz**



## Proposta de Trabalho Científico

Código | IMP.EM.EI.57\_00

CURSO A QUE RESPEITA O TRABALHO				ANO LETIVO	2017/2018
<input type="checkbox"/> MIMD	<input type="checkbox"/> MICF	<input type="checkbox"/> LCN	<input type="checkbox"/> LCS	<input type="checkbox"/> LCFC	<input type="checkbox"/> LP
<input type="checkbox"/> Outro		Qual:			
<input checked="" type="checkbox"/> Não enquadrado em curso		Área Científica a que respeita:			

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE <i>(estudante ou investigador responsável)</i>			
Nome	Filipa Alves da Costa		
N.º aluno			
Telefone	914084869	E-mail	alvesdacosta.f@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR <i>(se aplicável)</i>			
Nome			
Categoria			
Instituição			
Telefone		E-mail	
<input type="checkbox"/> Aceito Orientar	Assinatura:		

IDENTIFICAÇÃO DO CO-ORIENTADOR <i>(se aplicável)</i>			
Nome			
Título			
Instituição			
Telefone		E-mail	
<input type="checkbox"/> Aceito Co-Orientar	Assinatura:		

OUTROS MEMBROS DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO <i>(se aplicável)</i>	
Ana Rita Pedro	
Ema Paulino	

## Proposta de Trabalho Científico

Código | IMP.EM.EI.57\_00

### CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

#### TIPO DE TRABALHO

<input type="checkbox"/> Monografia	X Trabalho de Investigação
<input type="checkbox"/> Casos clínicos com relatório final	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar:

#### TÍTULO DO TRABALHO

Literacia em Saúde: da envolvente teórica para o terreno

#### OBJETIVO(S) E/OU HIPÓTESE(S) DO TRABALHO

1. Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de adesão à terapêutica na doença crónica;
2. Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização de serviços de cuidados de saúde;
3. Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e as principais fontes de informação utilizadas;

#### RESUMO DO PLANO DE TRABALHOS

(Incluir Enquadramento, Materiais e Métodos, e Bibliografia se aplicável)

##### Enquadramento:

Esta relação entre o nível de literacia e estado de saúde da pessoa está bem documentada - os indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor probabilidade de: (i) compreender informação escrita e oral fornecida pelos técnicos de saúde; (ii) serem capazes de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários, (iii) realizar os procedimentos necessários e (iv) seguir indicações prescritas. Como consequência, sabe-se também hoje em dia que um nível diminuído de literacia em saúde acarreta muitos custos para o sistema.

Uma literacia em saúde inadequada (quando comparada com uma literacia em saúde adequada) está fortemente ligada a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e poderá estar também associada a uma probabilidade elevada de hospitalização, uma elevada prevalência e severidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde, e uma baixa utilização de serviços de prevenção e rastreio de doença. Acresce ainda o facto de indivíduos com inadequados níveis de literacia em saúde poderem ter taxas de adesão à terapêutica mais baixas.

##### Método e Materiais:

Este trabalho consiste num estudo observacional, efetuado em Farmácias Comunitárias em Portugal, e o trabalho de campo terá a duração de aproximadamente duas semanas.

Os dados serão recolhidos por meio de um questionário e será aplicado para a concretização dos objetivos anteriormente identificados. No mesmo formulário serão incluídas a escala de avaliação do nível de literacia em saúde (versão curta de 16 perguntas), escala de avaliação de adesão à terapêutica, indicadores de utilização de cuidados de saúde, indicadores de utilização de fontes de informação e caracterização sociodemográfica;

### Método de aplicação do questionário

Será solicitado a cada farmácia que identifique uma ou duas pessoas que serão os responsáveis pela aplicação do questionário e que recrute ao longo de três dias consecutivos (terça a quinta), um doente por hora (entre as 9 e as 20h), perfazendo 30 doentes no total. Os doentes serão identificados pela apresentação de uma prescrição para um medicamento crónico de uma das patologias identificadas como de interesse para estudo - no caso de a prescrição contemplar medicamentos para mais que uma doença crónica conta a patologia da primeira linha que se refira a doença crónica, mesmo que esta não seja levantada - seguida da questão "Tem alguma doença crónica?". Se sim, é convidado a participar no estudo e se aceitar convida-se assim o utente a dirigir-se a uma zona mais reservada da farmácia para responder ao questionário, o qual será administrado pelo farmacêutico responsável pelo estudo.

Aquando da caracterização dos respondentes, haverá uma questão que pedirá ao utente que refira há quanto tempo é doente crónico (referindo-se à doença que tem há mais tempo), pedindo ainda que refira todas as doenças crónicas que tem.

Aquando da caracterização dos respondentes, haverá uma questão que pedirá ao utente que refira há quanto tempo é doente crónico (referindo-se à doença que tem há mais tempo), pedindo ainda que refira todas as doenças crónicas que tem.

### Apoio ao farmacêutico

No âmbito do estudo serão disponibilizados pela equipa de investigação mecanismos que permitirão ao farmacêutico esclarecer as dúvidas que possam surgir. No momento prévio à aplicação do questionário será feita uma formação online para apresentação do instrumento e protocolo de aplicação. Durante o período de aplicação contarão com um guia de aplicação (o qual explicará o que é pretendido em cada uma das questões e alíneas de resposta), um número de telefone para onde poderão ligar, um e-mail e WhatsApp conjunto para esclarecer dúvidas.

### Introdução na base de dados

Cada uma das farmácias introduzirá os dados relativos aos questionários que aplicou. Para o efeito será criado um formulário online o qual poderá também ser utilizado para a aplicação do questionário no momento, evitando a necessidade de impressão do mesmo. Para as farmácias que o preferam fazer em papel, a equipa de investigação providenciará por correio os formulários impressos e, em casos excecionais, poderá ficar responsável pela introdução dos dados destes.

### Tratamento e análise de dados

O tratamento e análise dos dados são da inteira responsabilidade da equipa de investigação.

## Proposta de Trabalho Científico

Formulário INFRA-01/ST (10)

LOCAL(AS) DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO

Este estudo decorrerá em Farmácias Comunitárias de norte a sul do país, incluindo ilhas (NUTS 2).

NOTAS / OBSERVAÇÕES

DATA PREVISTA PARA A CONCLUSÃO DO TRABALHO

01/05/2018

Assinatura do  
proponente<sup>1</sup>

*Ilídio de Paula Dias*

Data 12 / 03 / 2018

PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO CURSO, OU EQUIVALENTE, NOMEADA PELO CONSELHO CIENTÍFICO

☒ Aprovado

☐ Aprovado Condicionalmente<sup>(2)</sup>

☐ Não Aprovado<sup>(2)</sup>

Fundamentação<sup>(2)</sup>:

Projeto original, pertinente e que envolve parcerias entre a instituição e entidades externas importantes para o MICF.

Assinatura do Presidente

*John Carlos M*

Data 5 / 4 / 2018

APROVAÇÃO PELO CONSELHO CIENTÍFICO

☐ Aprovado

☐ Aprovado Condicionalmente<sup>(2)</sup>

☐ Não Aprovado<sup>(2)</sup>

Fundamentação<sup>(2)</sup>:

Assinatura do Presidente<sup>(3)</sup>

Data / /

<sup>(1)</sup> Entregar impresso preenchido e assinado no Secretariado Científico-Pedagógico

<sup>(2)</sup> Fundamentação obrigatória no caso de aprovação condicional ou reprovação

<sup>(3)</sup> Enviar cópia da decisão ao Proponente

## Anexo IV – Resultados dos testes não paramétricos





## Relação entre Literacia em Saúde e Sexo

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
<b>1</b>	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.689	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
<b>1</b>	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.689	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Relação entre Literacia em Saúde e Nível de escolaridade

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Indique o seu nível de escolaridade (completo):.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Relação entre Literacia em Saúde e Profissional de Saúde

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of E profissional de saúde ou estudante em áreas relacionadas com saúde?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

# Relação entre Literacia em Saúde e Duração da doença crónica em anos

## Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Anos com doença recrutamento.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.484	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

# Relação entre Literacia em Saúde e 4 doenças crónicas com maior expressão

## Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Top4.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.682	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Relação entre Literacia em Saúde e Gestão da doença crónica

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score=((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Gere sozinho os aspetos relacionados com a sua doença crónica?	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.007	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score=((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Gere sozinho os aspetos relacionados com a sua doença crónica?	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.007	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Relação entre Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
<b>1</b>	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Adesão à Terapêutica.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
<b>1</b>	The distribution of COMPUTE Literacia_Saude_Score= ((medias_LS-1)/3)*50 is the same across categories of Adesão à Terapêutica.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Os próximos resultados são os da correlação de spearman.

Partindo do pressuposto que se realizou uma análise para distribuição normal da variável score literacia em saúde, a correlação de spearman é utilizada numa distribuição não normal.

#### Relação entre *Score* de Literacia em Saúde e Morbilidade Múltipla

Tabela 39 - Estudo da relação entre as variáveis *Score* de literacia em saúde e número de doenças crónicas em simultâneo – Coeficiente de Correlação de Spearman

		Literacia em Saúde	Número de doenças crónicas em simultâneo
Literacia em Saúde	Correlação de Spearman	1.000	-.129**
	Sig. (2 extremidades)	.	.009
	N	412	412
Número de doenças crónicas em simultâneo	Correlação de Spearman	-.129**	1.000
	Sig. (2 extremidades)	.009	.
	N	412	412
** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2 extremidades)			

#### Relação entre *Score* de Literacia em Saúde e Duração da doença crónica em anos

Tabela 40 - Estudo da relação entre as variáveis *Score* de literacia em saúde e duração da doença crónica em anos – Coeficiente de Correlação de Spearman

		Literacia em Saúde	Duração da doença crónica de recrutamento em anos
Literacia em Saúde	Correlação de Spearman	1.000	-.062
	Sig. (2 extremidades)	.	.209
	N	412	408
Duração da doença crónica de recrutamento em anos	Correlação de Spearman	-.062	1.000
	Sig. (2 extremidades)	.209	.

## Relação entre *Score* de Literacia em Saúde e Idade

*Tabela 41 - Estudo da relação entre as variáveis Score de literacia em saúde e idade – Coeficiente de Correlação de Spearman*

		Literacia em Saúde	Idade
Literacia em Saúde	Correlação de Spearman	1.000	-0.040
	Sig. (2 extremidades)	.	0.423
	N	412	410
Idade	Correlação de Spearman	-0.040	1.000
	Sig. (2 extremidades)	0.423	.

